

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE ^{N°} 314

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

EDITH SOURDILLON

ANCIENNE INTERNE DE L'HÔPITAL DE TOURS

Née à Tours, le 12 mars 1895.

SUR LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS

CLINIQUES OU RADIOLOGIQUES

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHEZ L'ENFANT

*Président : M. LEREBoullet O. *, Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE SÈVE

77, BOULEVARD HAUSSMANN

1932

18



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Clinique médicale.	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	N... N... CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	P. DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	L. BERNARD.
Professeurs sans chaire	{ MAUCLAIRE. MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. . .	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
AUBERTIN. . . .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri. .	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiatrie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
CATHALA. . . .	Pathologie médicale.	MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLET-BERT.	Physiologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
DOGNON	Physique.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
ECALLE	Obstétrique.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	RICHET	Physiologie.
GASTINEL	Bactériologie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	VALLERY-RADOT	
GIROUD	Histologie.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESICAL. . .	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	VELTER	Ophtalmologie.
HOVELACQUE . .	Anatomie.	VERNE.	Histologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
HUTINEL.	Pathologie médicale.		
JOANNON	Hygiène.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

Pour le service des examens.

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LÉMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS.

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mu- tilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Professeur de l'Université.
Chevalier de la Légion d'honneur.

Hommage de piété filiale.

A MA MÈRE

*Qui n'a cessé de me soutenir de ses
encouragements et de ses conseils à
chaque pas de mes études.*

A MES FRÈRES ET BELLES-SŒURS

Témoignage de vive affection.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

M. ALBERT PELTIER
Professeur de l'Université.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés.

*En témoignage de reconnaissance pour
le grand honneur qu'il nous fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT DEBRÉ

Médecin de l'Hôpital Beaujon.

*Qui nous a guidée dans le choix de
cette thèse inspirée par son lumineux ensei-
gnement.*

Hommage de vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME

Directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie de Tours.
Chirurgien-chef de l'Hôpital Général de Tours.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERCIER

Professeur de clinique médicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDEAU

Professeur de pathologie interne.
Médecin-Chef de l'Hôpital Général de Tours.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENOYELLE

Professeur suppléant de clinique médicale.
Médecin-adjoint de l'Hôpital Général de Tours.

*Qui m'ont prodigué sans compter leur
enseignement.*

*En témoignage de profonde reconnais-
sance et de fidèle attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Hôpital général de Tours.

M. LE DOCTEUR GUILLAUME

Externat :

M. LE DOCTEUR GAUDEAU Novembre 1926-Novembre 1928.

Internat :

M. LE DOCTEUR CHEVÉ	}	Novembre 1928-Novembre 1929.
M. LE DOCTEUR HUC		
M. LE PROFESSEUR MERCIER	}	Novembre 1929-Novembre 1930.
M. LE DOCTEUR DENOYELLE		

A MM. LES DOCTEURS :

BOSC (*in memoriam*), LAPEYRE, FAIX, COSSE, A. MERCIER,
MÉNAGÉ, MAGNAN, VIALLE, BONIN, LEBLEU,
MOYRAND, ROY, ABELLI

Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DEBRÉ

A MM. LES PROFESSEURS GOUGEROT ET LEREBoullet

A MM. LES DOCTEURS BARBONNEIX, LESNÉ, WEILL-HALLÉ,
Médecins des Hôpitaux.

A MM. LES DOCTEURS TERRIEN, MIGNON, BROCA, SEMMELAIGNE,
ET MADEMOISELLE PETOT

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Nous nous proposons de rapporter ici, en essayant de les interpréter, une centaine d'observations (109) concernant la tuberculose pulmonaire de l'enfance. Pour ce faire, nous avons minutieusement fouillé dans le service de M. le Professeur agrégé Robert Debré, la volumineuse documentation, d'une part du Dispensaire de prophylaxie antituberculeuse où depuis des années ont consulté des enfants suspects de contamination tuberculeuse, et d'autre part de la Crèche de son service où depuis novembre 1930 sont reçus spécialement des nourrissons issus de parents tuberculeux.

Nous avons choisi parmi les observations d'enfants à cuti-réaction positive, celles où se manifeste une lésion pulmonaire visible radiologiquement dont la nature bacillaire nous a semblé évidente. Nous nous sommes efforcées de n'admettre comme exacts que, seuls les faits que nous avons pu contrôler avec soin. C'est ainsi que, aussi souvent que possible, nous avons interrogé la mère ou le père de l'enfant que nous avons fait venir; dans les cas où nous n'avons pas pu nous-mêmes interroger les parents et examiner l'enfant, nous nous en sommes rapporté au texte des observations existantes toujours soigneusement prises.

Nous avons pu ainsi tantôt saisir le moment où une cuti devenait positive chez un enfant ayant été contaminé d'une façon connue, tantôt constater l'apparition d'un foyer pulmonaire, son

extension, sa persistance, sa régression, parfois enfin sa disparition complète.

Nous avons remarqué l'insidiosité de ces lésions découvertes parfois fortuitement à l'occasion d'un examen systématique général.

Nous avons pu noter la fréquence des manifestations pleurales, ganglionnaires, cutanées, muqueuses, osseuses accompagnant ces lésions pulmonaires; nous pouvons enfin constater la bénignité de ces lésions en général, tout au moins pour un avenir proche puisque très peu des enfants que nous avons pu suivre sont morts, que beaucoup sont guéris ou ne présentent que des séquelles banales.

Ainsi nous nous sommes efforcée de réunir des faits en les classant et nous avons essayé d'en tirer quelques conclusions.

C'est notre maître M. le Professeur agrégé Robert Debré qui nous a engagé à entreprendre ce travail; il a été accompli sous sa haute direction pendant que nous avons eu l'heureuse fortune de suivre son suggestif et brillant enseignement; nous nous sommes efforcée de recueillir sa parole et de la traduire aussi fidèlement que possible : qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

Nous tenons aussi à remercier tout spécialement ses assistants : M^{lle} Petot qui depuis le début avec une bonne grâce inlassable n'a cessé de nous aider de ses conseils et de ses avis éclairés; M. le D^r Broca qui a pris part à la recherche de nos observations et qui nous a soutenue et encouragée; M. le D^r Mignon à l'obligeance de qui nous avons eu bien souvent recours et dont la grande compétence en matière de radiologie nous a été d'un si précieux secours.

Nous remercions vivement le Service social en la personne de M^{lle} Chaumier qui n'a cessé de nous prêter son très serviable concours dans nos recherches auprès des familles et de M^{me} Mainot qui nous a aidée à retrouver les antécédents des sujets étudiés. Nous n'oublions pas M^{me} Sussmann, qui nous a si gracieusement fourni des renseignements sur les nourrissons qu'elle a recueillis à l'Œuvre du *Placement familial des Tout petits*, fondé par elle à l'instigation de MM. Léon Bernard et Robert Debré.

Nous exprimons aussi tous nos remerciements à M. le Professeur

Gougerot, à MM. les D^{rs} Lesné, Babonneix et Terrien du si bienveillant accueil qu'ils nous ont toujours réservé dans leurs services. Pour terminer nous adressons un souvenir ému et reconnaissant à nos maîtres de l'Hôpital de Tours, dont jamais nous n'oublierons les bontés à notre égard : M. le D^r Guillaume, directeur de l'Ecole de Médecine de Tours, à l'impulsion de qui nous devons de nous être engagée dans la voie de la médecine.

MM. les D^{rs} : Gaudeau, Chevé et Huc, Mercier et Denoyelle, auprès de qui nous avons eu l'heureuse chance de remplir les fonctions d'externe et d'interne, à tous ceux, qui par leur enseignement ont contribué avec tant de bienveillance à notre éducation médicale : MM. les D^{rs} Bosc (*in memoriam*) Cosse et A. Mercier, Faix, Vialle, Ménagé, Magnan, Bonnin et Lebleu.

I

LA CONTAMINATION

La notion de contamination en matière de tuberculose est maintenant un fait admis. Les travaux de M. R. Debré et de son élève Cordey d'une part, les recherches de M. Armand Delille et de M^{lle} Famin d'autre part, ont bien mis en lumière la nécessité de cette contamination pour que puisse se déclarer une tuberculose chez l'enfant. Ce fait est encore confirmé par les enquêtes de deux auteurs étrangers : Ward en Amérique et M^{lle} Eliasberg en Allemagne.

« Nous pouvons affirmer, écrit Cordey¹ que l'enfant tuberculeux « âgé de moins de 15 ans a été contaminé par un cracheur de « bacilles vivant à son contact. »

Nous retiendrons cette affirmation et nous essaierons de préciser seulement dans quelle mesure cette règle se trouve réalisée dans nos observations et dans quelles conditions de durée et d'intensité doit être réalisé un contact pour qu'il puisse être efficient.

Pour chaque enfant étudié, nous avons cherché comment s'était produite cette contamination; et sur ce point nous pouvons classer nos observations en trois catégories :

- 1° Dans la plupart des cas (69 observations) la source de contamination a pu être mise en évidence;
- 2° Dans 23 observations elle est restée douteuse;
- 3° Dans 17 observations : inconnue.

1. Cordey. Étude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance.

1. — CONTACT CONNU

Dans cette catégorie d'observations, nous connaissons le contaminateur, ou bien parce que l'enfant est adressé à la consultation du Dispensaire par le Service social, justement à cause d'un contact avec un tuberculeux, ou bien parce que, après un interrogatoire un peu serré, à la suite d'un examen ou la maladie a été décelée, nous finissons par découvrir le parent tousseur, le voisin mort de tuberculose avec qui l'enfant a joué.

a) Contacts familiaux. — La contamination est en général importante, massive : il s'agit du père, de la mère, porteurs de lésions bacillaires avérées (dont la preuve radiologique et bactériologique a été faite) du frère, de la sœur. Dans tous ces cas, il nous est malheureusement très difficile le plus souvent de préciser le début et la fin de la contamination. Cependant nous considérons que c'est à partir du moment où le sujet contaminateur maigrit et se sent fatigué, se met à tousser, au moment où sa lésion évolue en un mot, qu'il devient surtout dangereux ; c'est justement vers ce moment, ou au bout de quelques semaines, qu'il consulte. Il est alors reconnu bacillaire ; ses enfants sont amenés au dispensaire par le service social. Il faut donc bien nous mettre en l'esprit que beaucoup des enfants qu'il nous est donné d'observer ont eu une contamination importante, massive même, mais aussi relativement récente.

b) Contacts extra-familiaux. — Si la contamination est la plupart du temps difficile à préciser quant à sa durée, il est cependant quelques cas de contact extra-familiaux où nous avons pu en déterminer les limites.

Voici par exemple les enfants D... Colette et Jean (frère et sœur, ob. XXV et XXVI). Nous ne relevons dans leurs antécédents familiaux aucun sujet tousseur mais nous apprenons par la mère que, au mois de juillet 1931, est venu habiter dans la famille un ami (du 14 au 26 juillet). Cet ami était malade, toussait et cra-

chait, a été peu de temps après, reconnu porteur de lésions et envoyé en sanatorium. Le contact a été intime, le malade ayant vécu chez les enfants, de la vie de famille pendant 12 jours, sortant souvent avec eux en voiture fermée.

Voici encore l'enfant B. Liliane (Obs. VII). Tout le monde est bien portant dans sa famille, mais un voisin est mort bacillaire au mois d'avril 1931, l'enfant s'est trouvé en contact intime avec ce voisin de février à avril 1931 (2 mois).

Le petit Ph... Raymond (Observ. XXXIV) dont la famille est bien portante a eu un contact de 15 jours à l'âge de 5 ans avec un jeune homme de 22 ans mort 4 mois après de tuberculose pulmonaire, qui toussait et crachait. Ils habitaient la même chambre.

L'enfant R... Joachim (Obs. XCII) a vécu à l'âge de 4 ans et demi du 5 au 25 juillet 1931 chez une tante qui tousse et crache et a une laryngite ; elle habitait la même chambre.

La petite Jolli... Odette (Obs. LIII) est en contact avec une personne tuberculeuse au milieu de juillet.

C'est peu de temps après le contact que chez ces enfants nous trouvons les signes d'une tuberculose qui commence.

Et nous arrivons à cette notion qu'une contamination de *quelques jours*, si elle est massive, est suffisante pour déterminer l'apparition d'une tuberculose pulmonaire, chez l'enfant.

II. — CONTACT DOUTEUX

Dans la deuxième catégorie, celle des cas douteux, se trouvent réunies 23 observations.

Là c'est le grand-père tousseur qui n'a jamais été examiné, mais vieux bronchitique chronique qu'on a tout lieu de soupçonner, c'est la tante atteinte de laryngite chronique et qui tousse, c'est le voisin de l'étage supérieur, mort récemment, qui crachait par sa fenêtre à la place où jouait l'enfant (Obs. XXIV). Dans tous ces cas nous ne pouvons affirmer le contact mais bien souvent nous pouvons légitimement le soupçonner fortement.

III. — CONTACT INCONNU

Dans la troisième catégorie le contaminateur n'a pas été retrouvé : 17 observations.

Dans 11 cas les renseignements sont imprécis, incomplets.

Mais dans 6 cas (dont celui de 2 sœurs) malgré un interrogatoire serré de la mère, ou une enquête par infirmière visiteuse, nous ne trouvons aucun sujet suspect dans l'entourage de l'enfant. Nous devons signaler que dans 2 cas il s'agit de grands enfants qui vont en classe.

En classe, ou au foyer, il n'est pas difficile d'imaginer qu'un sujet bacillifère, dont la lésion est ignorée (ce qui est si fréquent) instituteur, ami, domestique, contamine les enfants d'une famille, à l'insu des parents.

Combien de parents n'attachent aucune importance à la toux du grand-père ou du vieux cousin que l'enfant va voir toutes les semaines ! Et pourtant là est la source de contamination et elle ne nous sera pas dévoilée.

Ces cas de contact non retrouvés, ne nous surprennent donc pas grandement. Ils n'infirmen en rien, nous le croyons, la nécessité de la contamination de l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire, par un sujet baccillifère ayant vécu près de lui.

Dans la majorité de nos observations, en effet, nous retrouvons le contact infectant soit d'une façon certaine, soit d'une façon très probable. Les contacts non retrouvés, nous ont échappé, nous le pensons, soit, à cause de l'ignorance des parents, ou de leur désir de cacher une maladie qu'ils considèrent comme une tare familiale, soit à cause du séjour de l'enfant en nourrice ou chez des parents éloignés, où en pension, où la contamination a pu se produire à l'insu de tout le monde.

En résumé, tout enfant atteint de tuberculose pulmonaire est un enfant contaminé par un porteur de bacilles, quelques jours de vie en commun étant suffisants pour que cette contamination soit efficiente.

INCUBATION

Le contact a eu lieu, l'enfant est contaminé. Au bout de combien de temps la manifestation extérieure de sa tuberculose va-t-elle apparaître.

Problème très difficile à résoudre. En effet pour arriver à des conclusions rigoureuses il nous faudrait d'une part saisir le moment précis où fut contaminé le sujet et d'autre part le début clinique de la maladie. Chez le nourrisson, contaminé jeune il nous est possible parfois de déterminer approximativement ces dates.

Nous avons établi un tableau des incubations maxima et minima de nourrissons à contact certain dont la cuti est devenue positive à une date connue. D'après ce tableau il nous semble pouvoir évaluer à environ une moyenne de 1 à 4 mois, l'incubation qu'ont présentée ces nourrissons.

PREMIER TABLEAU D'INCUBATION

AGE	CONTACT	DÉBUT	INCUBATION
Ch. Jacqueline. 28 mois.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{jusqu'à l'âge} \\ \text{de 28 mois} \\ \text{avec sa} \\ \text{mère (24} \\ \text{décembre).} \end{array} \right.$	16 janvier.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Max. indéter.} \\ \text{Min. 20 j.} \end{array} \right.$
Th. Odette. . . 3 m. 1/2.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{jusqu'à 3 m.} \\ \text{1/2 avec} \\ \text{son père} \\ \text{(30 jan-} \\ \text{vier).} \end{array} \right.$	25 février.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Max. 4 m. 1/2.} \\ \text{Min. 25 j.} \end{array} \right.$

	AGE	CONTACT	DÉBUT	INCUBATION
Mo. Jeanine . . .	5 mois.	{ jusqu'à 3 m. avec sa mère (25 juin).	20 août.	{ Max. 5 m. 1/2. Min. 2 m.
Hen. Jeanne . . .	6 mois.	{ jusqu'à 4 m. avec son père (oc- tobre).	fin nov.	{ Max. 5 m. 1/2. Min. 4 m. 1/2.

Plus précises sont les indications que nous pourrons tirer des observations de grands enfants, citées déjà au chapitre précédent, où un contact court avec un tuberculeux a pu être mis en évidence (Obs. XXV, XXVI, VII, XXCIV, XCII, LIII).

DEUXIÈME TABLEAU D'INCUBATION _

(Contact court.)

	CONTACT	DÉBUT	INCUBATION
Duv. Jean. . .	Du 14 au 26 juillet.	1 ^{er} septembre.	5 à 6 semaines.
Duv. Colette.	Du 14 au 26 juillet.	8 septembre.	5 à 7 semaines.
Phil. R. . . .	15 jours en janvier.	En février.	6 semaines env.
Rol. J. . . .	Du 5 au 25 juillet.	20 août.	5 à 6 semaines.
Jolli. O. . . .	Vers le milieu de juill.	Début de sept.	5 à 7 semaines.
Berti. Li. . .	Février à avril.	Juin.	8 semaines.

En choisissant une date moyenne, entre les deux dates extrêmes du contact, nous obtiendrons le moment de la contamination avec une approximation assez satisfaisante.

Quant au début de la maladie, il a déjà été établi qu'il peut avoir une manifestation clinique appréciable (« La fièvre de tuberculisation » de Koch. « Etude clinique du début de la tuberculose humaine » R. Debré et Laplane). Nous verrons au chapitre suivant, que nous-mêmes nous croyons bien avoir saisi ce début dans plusieurs cas où nous le voyons marqué par un fléchissement de l'état général et surtout par une période fébrile.

Or, dans les observations citées nous remarquons qu'environ 5 à 7 semaines après la contamination se produit un épisode fébrile plus ou moins important mais bien net avec atteinte de l'état

général. Peu de temps après, lorsque nous examinons l'enfant nous trouvons une cuti positive et un foyer pulmonaire. Dans ces cas donnés, nous avons donc la notion :

- 1° d'une période précise de contact;
- 2° d'une fièvre apparemment inexpliquée qui débute 5 ou 7 semaines plus tard;
- 3° d'une cuti positive avec foyer pulmonaire constitué, quelques semaines après.

Nous croyons dans ces cas que le début de la tuberculose est marqué par cette fièvre inexpliquée en apparence. S'il en est bien ainsi nous pouvons dire que chez ces enfants la maladie a été précédée d'une période d'incubation courte d'environ 1 à 2 mois.

Ces observations malheureusement ne sont pas assez nombreuses pour pouvoir en tirer au sujet de l'incubation une règle générale. Ce que nous voulons ici, c'est citer ces faits qui nous ont frappés.

Nous pensons que ces enfants ayant vécu dans un milieu sain et brusquement mis en présence d'une dose importante de bacilles, réagissent peut-être plus rapidement que ceux qui vivant dans un milieu contaminé ont pu acquérir lentement leur allergie.

« Il est vraisemblable, écrit Cordey, que cette résistance relative s'acquiert mieux chez l'enfant de tuberculeux au contact prématuré et constant de son père ou de sa mère contagieux, que par le contact accidentel de l'enfant né de parents sains, avec un tuberculeux contagieux n'appartenant pas à la famille directe. »

Cependant, rien ne prouve que des enfants, présentant actuellement un foyer pulmonaire, ayant été toujours en contact avec leur père ou leur mère porteur de bacilles, ont eu une très longue incubation.

En effet, comme nous l'avons déjà dit, pour des raisons sociales, nous ne voyons l'enfant dans bien des cas, que lorsque le sujet infectant est devenu plus malade et bacillifère depuis peu de temps et dans cette éventualité la contamination est récente. Cependant à quel moment exact, ce sujet a-t-il commencé à répandre des bacilles?... Dans tous ces cas la durée d'incubation reste toujours un problème bien obscur.

Au contraire, en présence des 6 cas suggestifs de nos obser-

ventions, nous ne pouvons nous défendre de penser que bientôt, lorsqu'un nombre de faits suffisants auront été réunis, nous allons voir la tuberculose se séparer d'une notion d'incubation, vague, imprécise et très longue, pour entrer dans le cadre des maladies à incubation bien déterminée, tout au moins dans le cas où un sujet « neuf » est brusquement plongé dans un milieu riche en bacilles.

III

LES SYMPTOMES

Nous allons chercher maintenant à mettre en relief les symptômes que nous avons pu relever chez ces enfants à contact tuberculeux, à cuti-réaction positive, porteurs d'une lésion radiologiquement visible. Malheureusement nos observations, pour chaque sujet, ne portent que sur un épisode, une partie de leur maladie et ceci s'explique : les enfants de la crèche, aussitôt leur lésion découverte sont placés en nourrice, généralement dans un centre d'élevage (Placement familial des tout petits) les enfants du Dispensaire sont envoyés en campagne ou en préventorium par les soins du service social et en général nous ne les revoyons que plusieurs mois après.

Cependant en étudiant cliniquement et radiologiquement le début chez les uns, la période d'état ou la terminaison chez les autres nous pourrions arriver à nous former une idée d'ensemble sur la marche habituelle de la maladie et de son évolution.

A. — LE DÉBUT

Observons d'abord le début : il ne s'agit pas ici, comme dans une maladie éruptive par exemple, de constater une manifestation visible spontanément, mais, de tomber juste sur le moment où l'organisme va réagir à la tuberculose, où des signes radiologiques vont apparaître, où des symptômes cliniques vont pouvoir être ramenés à leur cause bacillaire.

Dans la pratique journalière c'est une condition bien difficile à

réaliser. Cependant à la crèche de M. Debré à l'Hôpital Beaujon, grâce à l'organisation du service où systématiquement sont pratiquées en série, des intradermo-réactions, des cuti-réactions et des radiographies, nous avons pu dans 2 cas observer l'enfant au moment où sa cuti devenait positive et où des signes radiologiques apparaissaient. Dans 3 observations de la consultation du Dispensaire, l'enfant présente des signes cliniques importants au moment où sa cuti vire en l'espace d'environ 2 mois.

Il a déjà été établi que l'épisode initial de la tuberculose, « la première poussée évolutive » selon la terminologie de MM. Bezançon et Serbonne, a souvent une traduction clinique. « La première poussée évolutive écrit, M^{me} Laplane (La spléno-pneumonie de la petite enfance. *Thèse de Paris*, 1927) se manifeste par des signes discrets, mais que surtout chez le nourrisson, une observation attentive permet de mettre en évidence, fièvre légère, chute de poids, troubles digestifs, signes radiologiques. »

Selon M^{lle} Odier qui a étudié « les formes curables de la tuberculose du nourrisson » (*Thèse de Paris*, 1927) ce début se fait selon trois grands types cliniques.

1° Début aigu, à expression respiratoire « où le début bruyant évoque l'idée d'une broncho-pneumonie ou même d'une pneumonie » ;

2° Début larvé avec troubles de l'état général et fièvre ;

3° Début apyrétique où « les lésions se constituent en silence ; aucun signe clinique ne venant donner l'éveil ».

Ceci correspond à peu près à ce qui nous a été donné d'observer, chez le nourrisson et chez l'enfant plus grand.

Voici d'abord la petite Char... Jacqueline (Obs. XXII) qui a été en contact permanent avec sa mère jusqu'à 28 mois. A ce moment l'enfant entre à la crèche du service. Sa cuti est négative, sa radiographie normale ; 3 semaines plus tard, la santé de l'enfant s'altère ; sa courbe de poids baisse, tandis que sa courbe de température monte à 38 et 39, pas de signes fonctionnels, pas de signes d'auscultation. Une nouvelle cuti est positive. Quelques jours après une ombre apparaît à la partie moyenne du poumon. Au bout de 6 jours, les signes généraux rentrent dans l'ordre.

Nous avons pu suivre l'enfant 3 mois encore, pendant lesquels son état a été très bon; et nous avons su que 4 mois plus tard elle était en très bonne santé.

Le foyer est ici contemporain du début de l'allergie qui semble avoir enrayé la marche du mal.

Le cas de la petite Th... Odette est un peu différent; l'enfant en contact avec son père tuberculeux, entre à la crèche à 3 mois 1/2 le 3 janvier avec une cuti négative.

Le 12 février, son intra-dermo est négative;

Le 21 février, intra-dermo douteuse;

Le 27 février, cuti-positive faible;

Le 9 mars, cuti-positive forte;

Le 9 avril, radiographie négative;

Le 24 avril, la radiographie est positive.

Pendant tout ce temps la température est restée normale, sauf pendant 3 jours après l'intra-dermo douteuse où elle est montée à 38; et 2 clochers à 38 encore après la 1^{re} cuti faiblement positive. Le poids a commencé à baisser après cette cuti, la chute de 230 grammes a duré une dizaine de jours. Pendant ce temps l'enfant est vive et gaie mais anorexique; une rhino-pharyngite concomittente, peut expliquer ces légers troubles. Si donc l'état général a été touché au moment où l'enfant a gagné son allergie, cette atteinte fut bien légère en tout cas et serait certainement passée inaperçue en un milieu autre qu'un milieu hospitalier très surveillé. Deux mois plus tard pour la première fois la radiographie montre une ombre anormale après une série d'épreuves négatives. Pendant ce temps la température est restée normale et le poids n'a pas fléchi; pourtant nous nous trouvions là en présence d'une tuberculose qui s'est montrée progressivement envahissante et mortelle.

Chez les enfants ayant consulté au Dispensaire, le « virage » de la cuti a coïncidé dans 3 cas avec une fièvre élevée.

Chez l'enfant A... Roland, 2 ans (Obs. II) le 26 octobre la cuti est négative. Le 11 janvier elle est positive après un épisode de 10 jours de fièvre à 40°, 39°, 38° avec polypnée, battements des ailes du nez, râles à l'auscultation.

Chez l'enfant Pe... Micheline (Obs. XXCIII) de 5 ans, le 10 novembre la cuti et la radiographie sont négatives. Le 14 février, la cuti et la radiographie sont positives après une fièvre élevée de 25 jours.

Enfin la petite Mo... Jeanine (Obs. LXXIII) a une cuti négative à 3 mois et une radiographie normale; 1 mois 1/2 après au mois d'août, l'enfant devient anorexique et perd du poids. Le 27 août elle a une poussée de fièvre à 40° et 41° qui tombe en 4 jours. A ce moment sa cuti est positive. La prochaine radiographie sera faite en novembre et sera positive. L'enfant est morte d'infection aiguë dans les mois qui ont suivi.

Dans ces 5 cas nous pouvons affirmer que nous avons assisté au début de la tuberculose; nous appuyant sur ce que nous y avons observé, et sur les données déjà acquises, nous croyons pouvoir légitimement rapporter au début de la maladie, des symptômes cliniques analogues notés dans plusieurs de nos observations, dans lesquelles manque le contrôle d'une cuti qui devient positive.

Il ne s'agit parfois que d'un mauvais état général avec fibricule, amaigrissement et fatigue.

Le plus souvent la fièvre est le symptôme dominant.

CARACTÈRES DE LA FIÈVRE DE DÉBUT

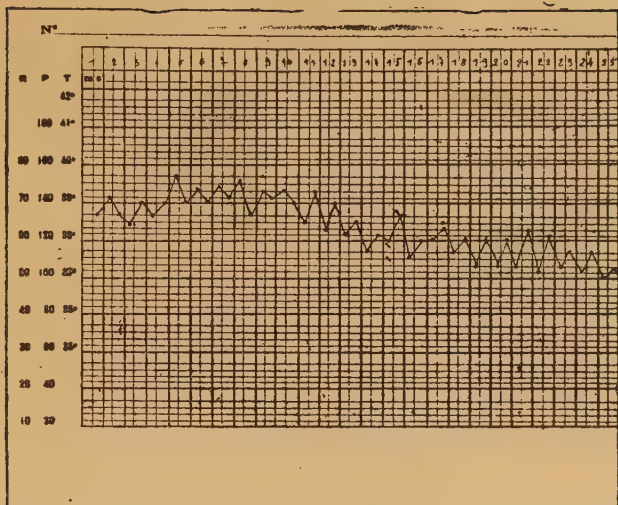
Mais cette fièvre de tuberculisation, comment se présente-t-elle, quelle en est la durée, l'intensité?

Sur ce point nous constatons de grandes variations entre nos différentes observations.

1° *Fièvre isolée.* — Nous la voyons parfois *isolée*, sans autre manifestation. Le nourrisson L... Pierre (Obs. LXI) 14 mois, joue dans son lit, n'est pas abattu, n'a aucun trouble digestif et bon appétit, cependant il commence à tousser.

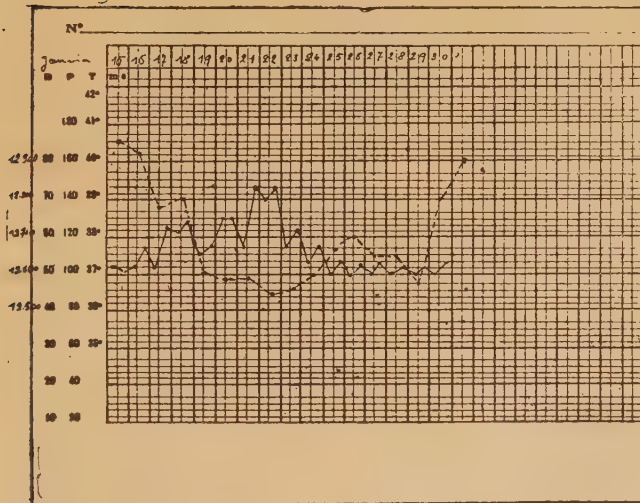
L'enfant G... Daniel, 7 ans 1/2 (Obs. XLIV) pendant ses 2 mois 1/2 de fièvre aux environs de 38° n'est jamais resté couché, il jouait, mangeait bien, ne semblait pas maigrir.

2° *Fièvre avec mauvais état général et troubles digestifs.* — Chez d'autres enfants la fièvre s'accompagne d'anorexie, de



Courbe de température d'invasion bacillaire (mois de janvier).
Peu... Micheline. Obs. LXXXIII, 5 ans 1/2.

10 novembre 1930. Cuti —.
Radiogr. normale.
16 février 1931. Cuti +.
Radiogr. +.



Courbes de température et de poids d'une enfant de 2 ans 1/2
au moment de l'invasion bacillaire.

Charp... Jacqueline. Obs. XXII.

24 décembre. Cuti —. 9 janvier. Radiogr. normale.
26 janvier. Cuti +. 31 janvier. Radiogr. +.

troubles digestifs, d'amaigrissement, tel l'enfant R... Philippe (Obs. XXCIV) 4 ans 1/2, qui pendant 6 semaines a maigri de 200 grammes par quinzaine, ayant perdu l'appétit et changé de caractère. L'enfant C... Dorothee, 5 ans, qui a des vomissements de la diarrhée, des douleurs de ventre.

3° *Fièvre avec signes pulmonaires.* — Enfin la fièvre peut s'accompagner de signes pulmonaires fonctionnels et physiques, comme dans le cas de l'enfant A... Roland, cité précédemment (Obs. II).

4° *Durée et intensité.* — Quant à la durée de cette période fébrile, nous remarquons tous les intermédiaires depuis la fièvre légère à 38° qui dure une huitaine de jours, jusqu'à la fièvre élevée qui se maintient à 39 et 40° pendant 2 ou 3 semaines, et qui s'éternise parfois durant des longs mois aux environs de 38°.

Cette fièvre élevée conduit souvent au diagnostic de fièvre du groupe typhique comme chez l'enfant R... Joachim, chez qui une « fièvre muqueuse » est diagnostiquée. L'enfant Wol... Léon aurait été atteint d'une « paratyphoïde » ayant duré 15 jours.

Voici D... Colette, chez qui on est conduit à faire un séro-diagnostic pour une fièvre à 39° qui va durer un mois.

Chez G... Marcelle (Obs. LVI) le diagnostic du typho-bacillose est porté et nous voici amenés à rapprocher la fièvre de nos enfants tuberculisés, de ce mal individualisé par Landouzy évoluant sous le masque d'une typhoïde, sans foyer perceptible cliniquement, tendant vers la guérison spontanément et traduisant l'infestation bacillaire du sujet.

Il existe, il est vrai, une grande différence dans les cas qui nous occupent : la présence d'un foyer pulmonaire. Mais ce foyer n'étant bien souvent pas décelable cliniquement (comme nous le dirons plus loin) devait passer inaperçu du temps où les moyens d'investigation se réduisaient au doigt et à l'oreille.

A l'heure actuelle, il reste encore ignoré bien souvent pour ceux qui s'en remettent à la seule exploration clinique, et nous nous demandons si la typho-bacillose de Landouzy n'est pas simplement un mode sévère de cette fièvre de début d'imprégnation, que nous relevons dans nos observations.

Ces observations où la fièvre nous apparaît bien comme ayant marqué le début de la maladie, sont il est vrai en minorité, 20 observations (soit $\frac{1}{5}$ des cas).

Est-ce à dire qu'il n'en a pas été de même dans les autres cas ? Nous ne pouvons répondre avec précision. Mais il faut remarquer que bien souvent les enfants que nous examinons sont en période d'état ou de terminaison et que le début remonte à plusieurs mois. Les parents ne se souviennent pas toujours d'une fièvre parfois légère et peu durable, qui peut même passer inaperçue, ou qui fut attribuée « aux vers, aux dents, à un coup de froid, à la croissance » et nous pouvons ajouter que plus d'une fois dans nos interrogatoires, cette période fébrile ne nous eût pas été signalée, si nous n'avions posé la question avec insistance et ténacité.

En résumé, le début peut se faire de 3 façons principales.

1° Il peut n'être marqué que par des symptômes insignifiants et passer inaperçu ; 2° ou bien être caractérisé par des phénomènes nets mais peu intenses ; 3° ou au contraire se faire à grand fracas. Fièvre, signes digestifs, signes pulmonaires. Ces phénomènes peuvent être de courte durée ou se prolonger des semaines et des mois.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT

Observons maintenant ce qui se passe lorsque l'enfant que nous examinons est tuberculisé depuis un certain temps, plus ou moins déterminé.

Nous diviserons nos observations en deux grandes catégories.

Un premier groupe comprendra les observations où la maladie ne donne aucun signe clinique et où le diagnostic est fait grâce à une découverte de radiographie.

Un deuxième groupe sera fait de toutes les observations où des signes cliniques sont signalés, signes généraux, fonctionnels ou physiques, parfois isolés, parfois associés.

1^{re} Catégorie. — *L'enfant ne présente aucun signe général, fonctionnel ou physique* et n'en a présenté aucun autant que l'interrogation renseigne fidèlement (23 observations sur 109) dont

3 cas où le premier examen radiologique ne montre que des calcifications, signes d'une atteinte déjà ancienne.

L'enfant qu'on nous amène alors est en excellent état général ; son aspect est celui d'un enfant bien portant, son poids est normal, il ne se sent pas fatigué, il ne tousse pas, il suit ses classes normalement. S'il a présenté à un moment donné un fléchissement de l'état général, cet incident fut si minime, qu'il a passé inaperçu. Pourquoi cet enfant si bien portant est-il venu consulter au dispensaire?... Il est venu uniquement parce que le service social a dépisté un tuberculeux dans son entourage, et nous l'envoie par mesure de prophylaxie ; ou bien il est venu pour un incident quelconque n'ayant aucun rapport avec une tuberculose.

La cuti est alors systématiquement pratiquée et elle nous révèle l'infestation de l'organisme par le bacille tuberculeux.

On ausculte l'enfant minutieusement ; on percute le thorax avec soin : aucune modification du murmure vésiculaire : aucune variation de la sonorité ne viennent traduire la présence d'une lésion. On fait radiographier l'enfant ; on le passe à l'écran : une ombre se dessine dans le champ pulmonaire.

Ainsi la cuti-réaction, et les Rayons X extériorisent pour nous le secret de ces petites poitrines dont la lésion resté muette à l'oreille et ne se révèle par aucune manifestation morbide.

Il s'agit bien d'une lésion latente cliniquement, dévoilée par la radiographie ; découverte fortuite parfois comme dans le cas de cette enfant venue consulter pour une petite angine banale, chez qui une cuti-réaction systématique se montra positive et dont la radiographie révéla une ombre se projetant dans la région du hile (Obs. LX).

En somme ces enfants tolèrent leur lésion avec l'air de prospérité de sujets bien portants et chez eux rien ne ferait soupçonner l'infection sournoise, sans la notion de contact, sans les tests biologiques et radiologiques qui en font foi, *véritable triade symptomatique*.

2^e Catégorie. — Dans ce groupe, nous faisons entrer toutes les observations où se manifestent des signes cliniques.

1° Signes généraux. — Nous avons étudié précédemment les signes généraux de la période de début, nous considérerons maintenant les signes que présente le petit malade lorsqu'il semble être entré dans la période d'état de son affection.

Considérons d'abord le nourrisson et l'enfant très jeune.

Fréquemment nous apparaît chez le nourrisson un retentissement de la lésion bacillaire sur l'état général; d'abord sur son poids ce « miroir de la santé » selon l'expression imaginée de Lelong. (L'enfant issu de parents tuberculeux) (*Thèse de Paris*, 1925). Nous avons dressé le tableau des poids des enfants de la consultation ayant moins de 3 ans à leur première visite au Dispensaire et celui des enfants de la Crèche au moment de leur entrée dans le service. Sur une deuxième colonne, nous avons inscrit le poids moyen d'un enfant de même âge selon Marfan; enfin dans une troisième colonne la différence des poids en plus ou en moins.

	POIDS DE L'ENFANT	POIDS NORMAL	DIFFÉRENCE	POIDS DE NAISSANCE
	kg.	kg.	kg.	kg.
Aub..., 14 mois . . .	8,250	9,250	— 1	»
Ba..., 3 mois. . . .	5,950	5,250	+ 0,700	4
Bin..., 1 an	6,700	8,950	— 2,250	3
Burg..., 2 ans	8,750	12	— 3,250	3,500
Burl..., 28 mois . . .	9,900	12,500	— 2,600	3,500
Bas..., 14 mois. . . .	10	9,200	+ 0,800	3,500
Cha..., 2 ans 1/2 . . .	8,130	12,500	— 4,370	1,350
Cli..., 9 mois. . . .	4,400	8,200	— 3,800	2,220
Du..., 17 mois	11,800	10,500	+ 1,300	3,320
Fi..., 40 jours	4,300	3,950	+ 0,350	3,300
Gi..., 16 mois	9,300	10,300	— 1	3,320
Gue..., 9 mois	6,800	8,320	— 1,520	»
Ha..., 7 mois	6,400	7,600	— 1,200	4
Hen..., 1 an 1/2 . . .	9,500	10,500	— 1	3,200
Lep..., 20 mois. . . .	7,800	11	— 3,200	3,500
Lanq..., 2 ans	9,700	12	— 2,300	3,250
Li..., 1 an	8,600	8,950	— 0,350	3,500
Mo..., 8 mois	6,100	7,900	— 1,800	»
Mil..., 3 mois 1/2. . .	4,100	5,250	— 1,150	»
Mir..., 2 ans 1/2 . . .	7,800	12,500	— 4,700	2,500
Pau..., 16 mois. . . .	11,600	10,300	+ 1,300	»
Po..., 2 ans	10,100	12	— 1,900	»
Ra..., 7 mois.	7	7,600	— 0,600	3

	POIDS DE L'ENFANT	POIDS NORMAL	DIFFÉRENCE	POIDS DE NAISSANCE
	kg.	kg.	kg.	kg.
Ri..., 4 mois	5,200	6	— 0,800	2,820
Sou..., 2 ans. . . .	12,500	12	+ 0,500	2,500
Troa..., 18 mois . .	9,890	10,800	— 0,910	3,250
Tron..., 11 mois . .	6,300	8,800	— 2,500	2,650
Vau..., 9 mois 1/2 . .	7,850	8,300	— 0,450	3,250
Vill..., 16 mois. . .	7,270	10,300	— 3,030	3,450
Vaill..., 6 mois . . .	7,100	7,200	+ 0,100	3,400

Sur un ensemble de 30 observations nous trouvons 3 fois un retard inférieur à 1 kilogramme, 8 fois un retard important, de 1 à 2 kilogrammes, 10 fois un gros retard de plus de 2 kilogrammes, soit un total de 23 enfants présentant un retard pondéral. Retard peu accentué dans certains cas, il est vrai, mais hypotrophie très marquée, dans 1/3 des cas environ.

Ce retard pondéral est-il imputable à la tuberculose? Nous ne pouvons l'affirmer. Cependant, si nous remarquons que dans 5 cas seulement un poids de naissance inférieur à 3 kilogrammes pourrait expliquer un développement ultérieur insuffisant; et, qu'en cherchant dans les antécédants, nous trouvons dans 2 cas seulement une maladie intercurrente (appendicite avec opération et coqueluche), pour expliquer un amaigrissement, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'il n'y a pas eu seulement une simple coïncidence dans ce pourcentage élevé d'enfants à poids insuffisant. Nous croyons donc qu'une tuberculose, en règle générale influe sur le développement du nourrisson.

Les enfants de la crèche ayant pu être suivis de près nous avons fait un tableau des poids des 14 nourrissons ayant séjourné un temps suffisant dans le service, et de 9 enfants de la consultation revus à plusieurs mois de distance.

TABLEAU DES CROISSANCES

Fi... Jacques.	46 jours	4,300	
	3 mois	4,700	
	4 mois	4,900	
	5 mois	5,100	Croissance très insuffisante.
	6 mois	4,100	Chute de poids, décès.

Mil... Lilian.	3 mois	4,100	
	4 mois	3,700	
	4 mois 1/2	4,100	
	5 mois	4,200	Croissance nulle.
	6 mois	3,800	Perte de poids, décès.
Basq... Denise.	14 mois	9,200	
	14 mois 1/2	9,400	
	15 mois	8,600	Mauvaise croissance.
	15 mois 1/2	7,200	Chute de poids, décès.
Rich... Noémie.	4 mois	5,200	
	5 mois	5,500	
	5 mois 1/2	5,200	
	7 mois	5,700	Croissance insuffisante.
Théo... Odette.	8 mois	6	
	3 mois 1/2	3,300	
	4 mois	3,500	
	6 mois	4	
	10 mois	4,200	
	14 mois	4,400	
Bur... Louis.	16 mois	4,900	Croissance très insuffisante.
	17 mois	4,500	Chute de poids, décès.
	28 mois	9,900	
	34 mois	11,300	Assez bonne croissance.
Ch... Jacqueline.	29 mois	12,900	
	32 mois	14,300	Très bonne croissance.
Esp... Violette.	3 ans	13,660	
	3 ans 1/2	14	
Guerr... Lucien.	9 mois 1/2	6,800	
	10 mois 1/2	6,900	
	11 mois	7,400	
	13 mois	7,900	Croissance normale.
Vaill... Georgette.	7 mois	7,100	
	15 mois	9,820	Bonne croissance.
Ham... René.	7 mois	6,400	
	8 mois	6,800	
	9 mois	6,900	Assez bonne croissance.
Henr... Jeanne.	17 mois	9,500	
	19 mois	10	
	20 mois	10,500	Bonne croissance.
Langell... Paulette.	23 mois	9,700	
	24 mois	10,400	
	25 mois	11,200	
	2 ans et 10 mois	13	Très bonne croissance.
Lig... Raymond.	12 mois	8,600	
	13 mois	8,100	
	14 mois	8,600	Mauvaise croissance.

	15 mois	9,300	
	16 mois	9,700	Très bonne croissance.
Tro... Jean.	11 mois	6,300	
	12 mois	6,800	
	14 mois	7,500	
	15 mois	7,900	Très bonne croissance.
Aub... Alice.	14 mois	8,250	
	4 ans	14	Poids normal.
Bat... Jean.	3 mois	5,950	
	9 mois	7,500	Croissance insuffisante.
	28 mois	15,600	Poids normal.
Chaz... Albert.	16 mois	9,300	
	4 ans 1/2.	14	Poids normal.
Pan... Jean.	16 mois	11,300	
	18 mois	11,600	
	20 mois	11,800	Bonne croissance.
Troa... Lucien.	18 mois	9,800	
	19 mois	10,200	
	2 ans	12,400	Poids normal.
Duc... Jean.	17 mois	11,800	
	21 mois	14	Très bonne croissance.
Gir... Christian.	16 mois	9,300	
	4 ans 1/2.	14	Poids normal.
Mir... Jean.	2 ans 1/2.	7,800	
	4 ans	14	Poids normal.

Nous constatons ainsi que 17 de ces enfants sur 23 ont une courbe progressante de façon très satisfaisante ; ils ont donc conservé leur « énergie de croissance » (Lelong). Il faut donc supposer que ces enfants ont eu à un certain moment un arrêt de développement (peut-être au moment où le foyer pulmonaire s'est constitué) puis, que leur courbe a repris sa marche ascendante rattrapant plus ou moins bien le temps perdu.

Lorsque nos observations sont récentes, nous ne voyons pas ces enfants atteindre en quelques mois le poids normal, mais chez les enfants de la consultation du Dispensaire, à poids insuffisant au début de la vie et que nous revoyons 2 ou 3 ans plus tard, nous notons que, en général, le terrain perdu est regagné au bout de ce temps.

Sur les 23 nourrissons observés, 6 ont une courbe qui progresse mal ou qui tombe.

Examinons ces cas :

Le petit Fi... Jacques, est entré à la crèche à 40 jours avec une cuti-positive. Il a d'abord pris 800 grammes en 3 mois, ce qui était notoirement insuffisant ; puis sa courbe baisse et il fait une chute rapide de 1 kilogramme en 1 mois. Si nous examinons son cliché radiographique, nous y voyons un foyer rapidement extensif et qui se bilatérise. L'enfant est décédé à 6 mois 1/2.

La petite Mi... Liliane, a d'abord pris 100 grammes en 2 mois puis elle en a perdu 400 en l'espace de 1 mois 1/2. Son image radiologique est analogue à celle de Fi... Jacques. L'enfant succombe à 6 mois 1/2.

Basq... Denise (14 mois), a d'abord pris 200 grammes en 15 jours, puis il y a eu une chute rapide de 800 grammes. L'image radiologique montre une extension massive du foyer qui s'est bilatérisé. La chute sera progressive ensuite jusqu'au décès à 15 mois 1/2.

Théo... Odette, dont la cuti devient positive à 4 mois, a pris péniblement 1.600 grammes en 1 an 1/2 ; puis elle perd rapidement 400 grammes et meurt à 17 mois.

Ri... Noémie, n'a pris que 800 grammes de 4 à 8 mois. Mais nous notons une chute de 300 grammes pendant 15 jours, époque à laquelle est apparue un foyer pulmonaire du côté opposé à celui déjà existant.

Ba... Jean (Observ. V). a une courbe stationnaire pendant plusieurs mois, alors que radiologiquement son foyer s'étend puis cette courbe reprend une marche ascendante et le poids redevient normal ; tandis que la guérison s'effectue.

Si on peut en juger sur ces 23 observations, il apparaît ainsi que la courbe de poids du nourrisson tuberculisé, après avoir subi un arrêt plus ou moins long au début, progresse ensuite normalement si la lésion n'est pas évolutive, et c'est fréquent. Au contraire, un foyer qui s'étend, qui se bilatéralise, entraîne une chute de poids ; il nous semble donc que dans l'ensemble une courbe stationnaire, tout en étant compatible avec une évolution favorable de la maladie, doit cependant attirer l'attention vers l'existence possible d'une forme plus ou moins rapidement évolutive.

Nous ne croyons pas devoir attacher trop d'importance à la courbe de température, souvent instable chez ces nourrissons élevés à l'allaitement artificiel, en vie collective, si souvent atteints de rhino-pharyngite ou d'infection digestive banale. Cependant nous notons que chez les 5 premiers nourrissons que nous venons d'étudier les chutes de poids correspondant à une extension du foyer se sont accompagnées d'une élévation thermique importante.

Quant à l'aspect extérieur du nourrisson, il est bien fait souvent pour tromper même un œil averti. C'est un très beau bébé gai et souriant, agréable à voir qui mange bien et dort paisiblement.

Somme toute ce petit bacillaire semble supporter sa lésion avec indifférence.

Tout autre, bien entendu, est l'aspect du nourrisson dont la lésion est progressive comme ceux dont nous venons de citer des exemples; celui-ci est un enfant malingre et chétif, pâle et triste, inspirant la pitié, comme tout être en état de misère physiologique, dont il est un exemple frappant.

Pour nous résumer, le nourrisson bacillisé souffre ou a souffert dans sa vie végétative de son infection, cette souffrance se traduisant par un retard pondéral très fréquent (23 cas sur 30 soit 75 p. 100).

Cependant il a conservé son aptitude à croître et son développement s'il est insuffisant en valeur absolue, est bon en valeur relative, tout au moins pour ceux dont les lésions ne sont pas envahissantes; et c'est le cas le plus fréquent.

En dehors de ce retard pondéral, son aspect est en général celui d'un enfant normal, et dissimule tout à fait la maladie.

Observons maintenant l'enfant plus grand. Devons-nous considérer comme présentant des signes généraux dus à leur lésion, les enfants un peu pâles et maigres, ou qui présentent parfois une légère ascension thermique? Nous ne le croyons pas étant donné la fréquence de ces symptômes même chez les enfants indemnes de tuberculose et particulièrement chez les petits citadins, chez ceux qui sont atteints de végétations ou de troubles digestifs.

Nous croyons par contre qu'une fièvre durable, une fatigue per-

sistante, un amaigrissement marqué devront nous faire ouvrir les yeux.

Chez l'enfant Der... Jean (Obs. XXXIII) par exemple, après une période aiguë de 3 semaines, on constate une fièvre qui dure 1 an.

La petite Fro... 5 ans (Obs. XXXIX) ayant été fortuitement reconnu atteinte à l'occasion d'un examen systématique général, est surveillée au point de vue de sa température; on constate alors une fièvre légère à 37°8 et cette fébricule va durer 1 mois 1/2.

Dans ces deux cas de fièvre durable choisis comme exemple, nous croyons légitime de rapporter cette fièvre légère à la lésion constatée radiologiquement et nous pensons qu'il en va de même dans plusieurs autres de nos observations.

D'autre part, d'autres enfants ont présenté une longue période de fatigue avec mauvais état général ou amaigrissement, fatigue telle chez l'enfant Rou... (Obs. XC) qu'un état de somnolence marqué orienta tout d'abord le diagnostic vers celui de méningite tuberculeuse.

A notre avis, il s'agit bien là de signes généraux dus à la lésion bacillaire.

Ces enfants à l'état général déficient sont amenés au dispensaire souvent à cause de ce fléchissement durable, à cause de ce mauvais aspect qui inquiète les parents et chez eux il nous est permis, parfois au premier abord, de soupçonner une tuberculose.

Eliminant les cas un peu douteux, nous arrivons au total de 44 enfants de 2 ans au moins présentant ou ayant présenté à un certain moment des symptômes généraux sur un total de 70 et au contraire nous en notons 26 dont l'état général est satisfaisant et sur qui l'attention n'aurait probablement jamais été attirée sans la notion de contamination.

Nous devons remarquer de plus que chez plusieurs enfants ayant eu des symptômes de début nets, l'état général s'est si rapidement amendé que lorsque nous les voyons quelques semaines plus tard, ils semblent cliniquement guéris et ne présentent plus aucun symptôme pathologique malgré un foyer pulmonaire important visible radiologiquement.

Nous serions donc tentés de faire entrer ces cas au nombre de 12 dans la 1^{re} catégorie d'enfants à signes cliniques nuls.

Pour nous résumer, nous dirons que si des signes généraux plus ou moins intenses, marquent dans $\frac{1}{3}$ des cas environ le début de la maladie, ils rétrocedent en général rapidement, bien souvent ce petit bacillaire, nourrisson ou enfant se présente à nous sous l'aspect d'un enfant sain.

Dans certains cas l'état général est atteint d'une façon plus durable, atteinte qui se manifeste par de la fièvre, de l'amaigrissement, de la fatigue. Mais ces cas ne sont pas plus nombreux en somme que ceux où nous trouvons en présence d'un enfant à l'aspect florissant.

2° Signes fonctionnels. — Nos observations sont assez nombreuses où il est signalé que l'enfant tousse.

Mais n'oublions pas la fréquence de la toux de rhino-pharyngite chez les enfants les plus indemnes de tuberculose, chez les porteurs de végétations; éliminant ces observations où la toux ne nous apparaît que comme un phénomène banal, considérons seulement celles où la toux nous paraît avoir une importance particulière du fait du moment de son apparition, de sa durée ou de ses caractères.

Et d'abord nous notons que cette toux est fréquemment contemporaine de la fièvre du début de la maladie.

Mettons à part cette toux de début souvent légère et de courte durée, se calmant en même temps que l'épisode aigu qu'elle accompagne et ne considérons que la toux persistance, durable. Nous la constatons dans 25 de nos observations.

Nous notons que dans 9 cas cette toux est quinteuse, impérieuse, coqueluchoïde parfois bitonale et peut s'accompagner de tirage et de cornage, cette forme étant l'apanage de la première enfance. Dans le cas du petit Ba... Jean (3 mois) ces symptômes se présentaient avec une telle intensité qu'on crut à la présence d'un corps étranger du larynx.

Par contre 51 enfants ne présentent aucun signe fonctionnel. La toux est donc bien loin d'être constante : elle ne se présente que dans $\frac{1}{4}$ des cas environ.

3° Signes physiques. — Nous avons signalé un certain nombre d'observations où tous les signes cliniques sont nuls ou tout au moins ont passé tout à fait inaperçus si jamais ils ont existé (23 observations tant de nourrissons que de grands enfants). Remarquons maintenant combien est fréquente l'absence de signes stéthacoustiques, même si l'enfant présente des signes fonctionnels ou généraux.

Nous trouvons 42 cas de ce genre, additionnés aux 23 précédents nous arrivons au total de 65 observations où l'examen physique ne révèle rien d'anormal. Comme nous devons éliminer 10 observations à renseignements incertains ces 65 observations se rapportent à un total de 99 et nous insistons sur ce point qui nous semble très remarquable : dans le plus grand nombre de nos observations, les signes physiques sont nuls. Par contre nous trouvons 34 observations où des signes existent. Quels sont-ils ?

Nous noterons d'abord un rapport entre l'âge de l'enfant et la présence de ces signes, plus fréquents relativement chez les tout petits. Sur 34 observations à signes physiques positifs, 15 appartiennent à des enfants *de 2 ans au plus*.

Nous remarquons que ces signes peuvent appartenir à la période de début et disparaître rapidement (3 cas) (Obs. LXXXIV, LXXVII, LIII) que, au contraire ils peuvent être très tardifs, dans les formes progressivement envahissantes et mortelles (3 cas) (Obs. CIV, XL, LXXIV).

Nous notons avant tout de la matité (19 cas) cette matité étant en général légère, sub-matité plutôt, siégeant de préférence soit dans la région sous-claviculaire, soit dans la fosse sous-épineuse.

A cette matité peut s'associer une diminution du murmure vésiculaire, ou un retentissement de la voix. Nous remarquons un souffle dans 4 cas et des râles bulleux localisés dans 10 cas.

Les ronchus et sibilances sont rares, peut-être même devraient-ils être ramenés à une bronchite. Nous notons dans un cas, un signe assez remarquable : des signes de bronchite unilatérale.

En somme si nous considérons l'ensemble de nos observations, nous pouvons nous rendre compte de la faible importance des signes stéthacoustiques qui ne se présentent que dans 1/3 des cas et qui

se réduisent bien souvent à une légère diminution de la respiration, ou à une simple différence de la sonorité thoracique, signes assez insignifiants en comparaison des symptômes radiologiques que nous allons étudier maintenant.

4° Les symptômes radiologiques. — Cette image radiologique qui tient en somme la première place dans la symptomatologie des cas qui nous occupent, sous quelle forme va-t-elle nous apparaître ?

Disons tout de suite que si la radioscopie est précieuse pour suivre les mouvements du diaphragme, voir le jeu des sinus, l'éclairage des champs pulmonaires à la toux, nous préférons avoir recours à la radiographie lorsqu'il s'agit d'un foyer à déceler, ou à étudier minutieusement et dont nous voulons suivre l'évolution.

Ce sont donc des clichés radiographiques, aux images précises, qui ont servi de base à la presque totalité de nos observations, doublés aussi souvent que nécessaire des résultats de la radioscopie.

Que constatons-nous sur ces clichés ? Les ombres pathologiques vont-elles intéresser, comme chez l'adulte au début le sommet du poumon ?

C'est peu fréquent. Ce qui nous frappe au contraire est la constance de cette lésion de l'enfance à toucher soit la région hilare, soit avec une égalité de fréquence la région moyenne ou inférieure du champ pulmonaire.

Dans le champ pulmonaire, les ombres floconneuses, nuageuses les taches en mie de pain, peuvent être considérées dans nos observations comme une manifestation exceptionnelle. Nous la trouvons chez 4 nourrissons à foyer progressivement envahissant.

C'est une ombre homogène que nous constatons en général, ombre s'étendant du cœur à la paroi, soit en forme de triangle dont le sommet ou la base atteint l'aisselle, soit en forme de trapèze dont les bases sont horizontales. Cette ombre est nette et bien démarquée dans les cas types, une scissure en indiquant souvent la limite supérieure ou inférieure. Dans certains cas, la forme est moins régulière ; il s'agit d'une tache de plusieurs centimètres de largeur siégeant à la base du lobe inférieur, plus rarement sous

la clavicule ; enfin nous relevons dans nos observations trois cas de lobite supérieure droite analogue à celle de l'adulte, l'un chez un nourrisson de 14 mois, les 2 autres chez des enfants de 2 ans et 3 ans 1/2. Notons que ces ombres sont toujours unilatérales.

Dans la région hilare, il s'agit parfois d'un simple épaississement, d'un élargissement de l'ombre hilare normale, qui peut se limiter à cette région ou bien se continuer plus rarement vers le lobe moyen ou inférieur du poumon.

Cette ombre affecte souvent une forme arrondie en tête de champignon présentant des prolongements étoilés vers le poumon.

Nous constatons encore souvent une ombre arrondie régulière à contours nets siégeant au-dessus du bord du cœur d'une façon quasi constante à droite, sur le bord de la trachée.

Cette ombre se distingue du mambrum sternal par son bord plus flou, moins précis et ne s'articulant pas avec celui de la clavicule et d'une ombre vasculaire par sa forme arrondie ; nous l'interprétons comme la traduction d'une adénopathie.

D'un autre côté nous devons signaler la fréquence d'une participation pleurale visible sur nos clichés. Elle se manifeste soit par une irrégularité du diaphragme, qui perd sa forme de coupole arrondie et apparaît aplati ou présentant une surélévation en forme de pointe (ceci traduisant une atteinte de la plèvre médiastinale qui contracte des adhérences) ou soit par un voile comblant les sinus cardio-diaphragmatiques ou costo-diaphragmatiques. Soit enfin par une ligne droite, nette, régulière correspondant à la scissure du poumon, traduisant une pleurite interlobaire — une scissurite.

Dans 2 de nos observations, l'enfant fut atteint d'une pleurésie et en présenta tous les signes cliniques et radiologiques.

En résumé l'image radiographique nous montre soit une ombre épaisse et homogène en bande ou en triangle en plein champ pulmonaire toujours unilatérale, soit une ombre arrondie de la région biliaire ; parfois, dans des cas bien spéciaux une image floconneuse, nuageuse ; à ceci, il faut ajouter que l'image pathologique peut consister en une ombre arrondie supra-cardiaque latérale à la trachée, en un diaphragme aplati ou en une ligne

droite soulignant la scissure ; toutes ces images pouvant s'associer différemment. A quoi correspondent-elles anatomiquement ?

RAPPORTS DES SIGNES RADIOLOGIQUES ET DE LA LÉSION ANATOMIQUE

Selon notre observation personnelle étant donné la rareté des autopsies qu'il nous a été donné de pratiquer, il ne nous est guère permis de répondre.

Sur les 4 autopsies d'enfants bacillaires qui ont pu être faites, 2 concernaient des nourrissons ayant succombé à l'envahissement progressif de leurs lésions. Leur examen nécropsique n'a montré que des lésions banales d'infiltration tuberculeuse avec tubercules et ganglions caséifiés (Obs. LXXIII et LXXIV).

Dans les 2 autres cas, il s'agissait : 1° d'un nourrisson de 6 mois ayant succombé à une granulie ; 2° d'un nourrisson de 8 mois mort d'une infection probablement rhinopharyngée. Dans le 1^{er} cas l'image radiologique montrait une masse hilare droite et au-dessus cette ombre arrondie supra-cardiaque que nous venons de décrire (Obs. LXXII).

Son examen nécropsique a montré : des granulations sur les poumons, la plèvre, le foie, la rate. Au hile droit : de gros tubercules entièrement caséifiés.

Dans le médiastin : une masse ganglionnaire importante, et un ganglion latéro-trachéal à droite de la grosseur d'une petite noix, entièrement caséifié.

Quelques ganglions en voie de caséification inter-trachéo-bronchique gauche.

Dans le 2° cas : la radiographie montrait, uniquement une ombre arrondie latéro-trachéale droite (Obs. LXXIII). A l'autopsie furent trouvés :

à la partie moyenne du poumon droit un nodule caséifié, des ganglions hilaires caséifiés, de gros ganglions latéro-trachéaux caséifiés ; un très volumineux ganglion latéro-trachéal droit.

Dans ces 2 cas nous remarquons :

1° Que l'image radiographique montrant une ombre arrondie supra-cardiaque correspond bien à une hypertrophie ganglionnaire ;

2° Que l'image hilare de l'observation LXXII correspondait à un foyer parenchymateux caséifié;

3° Que dans l'observation LXXIII des ganglions hilaires caséifiés n'ont donné aucune image radiologique, cachés qu'ils étaient par l'ombre cardiaque. Tout ceci correspond bien à l'opinion actuelle que nous trouvons exprimée par Garot de l'Université de Liège et par MM. Rist et Lévesques.

« L'interprétation des radiographies a dit Garot (Juin 1931) doit être très prudente; ou s'accorde maintenant pour distinguer les images hilaires des images médiastinales hautes. Les ombres hilaires sont le plus souvent de nature pulmonaire et non pas ganglionnaire, leur pronostic est relativement bon. L'ombre médiastinale haute, dite ombre en cheminée ou en bec de canard a une signification bien différente. Elle révèle toujours une volumineuse adénopathie juxta-trachéale droite, le plus souvent caséuse; elle est d'un pronostic sombre. »

MM. Rist et Lévesques ont écrit :

« Nous avons tout lieu de croire que, surtout à gauche, elle (l'ombre hilare) répond non dans tous les cas, mais le plus souvent (dans une proportion impossible à fixer d'ailleurs, puisque la curabilité écarte le contrôle anatomique régulier) à la lésion pulmonaire primitive, au chancre d'inoculation lui-même. Quelques vérifications anatomiques prouvent que ce dernier est bien en réalité la cause de l'ombre hilare; nous avons cité des exemples après Ribadeau-Dumas. »

Et plus loin « Les adénopathies sont rarement la cause des images radiologiques hilaires ».

D'autre part, une lésion parenchymateuse qui se trouve en avant ou en arrière de la région hilare, doit se projeter sur l'écran au niveau du hile. Nous croyons donc que ces images hilaires si souvent constatées sur nos clichés ne signifient nullement qu'il y ait là un ou des ganglions hypertrophiés, comme le voulait l'opinion autrefois admise. Ces ganglions peuvent exister, mais il est impossible, radiologiquement, de les distinguer de la lésion parenchymateuse. Lorsque nous dirons : « ombre hilare », nous entendrons donc « ombre se projetant sur la région hilare radio-

logique » sans que ce terme préjuge en rien, de la localisation ganglionnaire ou parenchymateuse de la lésion.

Quant à l'ombre arrondie juxta-trachéale droite, elle est la traduction d'une masse ganglionnaire hypertrophiée parfois en voie de caséification.

Ceci d'ailleurs a bien été mis en lumière dans la thèse de M^{lle} Petot inspirée par M. Debré : Adénopathie médiastinale non tuberculeuse chez l'enfant (*Thèse de Paris* 1928).

Quant à l'ombre, homogène se projetant en plein champ pulmonaire, les autopsies sont rares, où son substratum anatomique a pu être étudié.

« Comme ces formes ont une évolution généralement favorable, a écrit Garot, les autopsies sont peu nombreuses. Celles qui ont été pratiquées par le professeur Ghon, par M^{lle} Eliasberg, par M. Epstein, ont montré qu'il s'agissait de lésions se rapprochant du type spléno-pneumonie non tuberculeuse s'étant développées à la manière d'un processus réactionnel tout autour du chancre d'inoculation. »

Engel en 1921, dit avoir trouvé à l'autopsie de nourrissons bacillaires des lésions d'alvéolite à des stases variés mais non caséuses.

Pour Dufour il s'agit de « processus congestifs, de lésions dites épituberculeuses (Eliasberg et Neuland) développées soit au contact de ganglions médiastinaux, soit au pourtour du chancre d'inoculation ».

Bezançon et Braun ces dernières années ont décrit une pneumonie tuberculeuse non caséuse, mais à type d'hépatisation, et de splénisation et MM. Rist et Ameuille ont insisté sur l'importance de la pneumonie dans le processus tuberculeux.

Pour Armand Delille, le centre du lobe infiltré est occupé par un ou plusieurs nodules caséux.

« Le tissu environnant est transformé en une masse de splénisation assez irrégulière, plus dense et plus compacte au voisinage immédiat de la lésion, restant relativement plus perméable dans les parties périphériques ».

Enfin, pour M. Debré le foyer est une zone congestive avec au

centre des nodules plus ou moins volumineux de structure tuberculeuse typique ; c'est une tuberculose exsudative alvéolaire qui s'oppose à la tuberculose caséifiante et que l'on peut rapprocher de la spléno-pneumonie décrite par Grancher. Ce foyer de spléno-pneumonie représente souvent le foyer initial, le classique « chancre d'inoculation ».

En terminant, nous opposerons cette forme congestive que nous appellerons selon M. Robert Debré, spléno-pneumonique, se traduisant radiologiquement par une image limitée, homogène, unilatérale, à la forme envahissante à tendance caséuse qui se manifeste radiologiquement par des ombres irrégulières, nuageuses, disséminées, souvent bilatérales, et que M. Debré rapporte à des lésions anatomiques des broncho-pneumonies.

RAPPORT DES SIGNES RADIOLOGIQUES ET DES SIGNES CLINIQUES

Quels sont maintenant les rapports entre les signes cliniques et radiologiques ?

Pour étudier cette question, nous allons dresser des tableaux correspondant à chaque ordre de symptôme. Considérons d'abord le cas où il n'y a jamais eu de signe clinique.

TABLEAU I

Il n'y a pas de signes cliniques.

NOMS	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	SIGNES RADIOLOGIQUES
Ai.	1	Calcification.
Bog.	10	Foyer hilare.
Borm.	11	Foyer hilare en voie de calcification.
Clém.	23	Calcifications.
Dub.	31	Petit foyer pulmonaire.
Del.	35	Calcifications.
Esp.	37	Foyer pulmonaire. Adénopathie lat. trachéale.
Henr.	52	Petit foyer pulmonaire.
Ponce.	81	Petit foyer hilare.
Lort.	56	Petit foyer hilare.
Lain.	57	Foyer hilare, petit foyer pulmonaire.

NOMS	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	SIGNES RADIOLOGIQUES
Louise J.	58	Foyer hilare.
Mom.	68	Calcifications.
Mil.	75	Calcifications.
New.	78	Foyer pulmonaire.
Pot.	82	Foyer hilare et pulmonaire.
Riv.	93	Petit foyer hilare en voie de calcification.
Sur.	95	Foyer pulmonaire.
Souk.	98	Petit foyer hilare et pulmonaire.
Steinb.	99	Taches hilaires.
Taug	101	Foyer hilare en voie de calcification.
Vail.	107	Petit foyer hilare. Petite ligne de scissurite.

1° Il n'y a jamais eu de signes cliniques

D'après le tableau 1, nous constatons que s'il peut y avoir un large foyer (Obs. XCV) ou une atteinte pleurale (Obs. CVII) ou une image ganglionnaire (Obs. XXXVII), il s'agit le plus souvent de foyers pulmonaires peu étendus, de petits foyers hilaires, de foyers calcifiés.

Nous dirons donc que s'il n'y a jamais eu aucun signe clinique, il y a des chances pour que le foyer soit minime.

2° Des signes généraux ont marqué le début ou la période d'état.

Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas un rapport entre l'intensité des signes généraux et une localisation ganglionnaire ou pleurale ou un foyer très important. Mais nous n'avons pu mettre en évidence aucune relation bien nette entre ces deux ordres de symptômes. Nous remarquons, il est vrai, que l'enfant Der... (Obs. XXXIII) dont la température pendant un an se maintient à 38° est atteint en même temps d'un gros foyer parenchymateux d'une adénopathie latéro-trachéale droite et d'une scissurite et que chez l'enfant Gar... (Obs. XLVI) qui a de la fièvre pendant 6 mois, un épanchement pleural se constitue vers le 6° mois.

Mais ce sont là des cas isolés et nous pouvons dire que des

signes généraux même importants ne supposent pas nécessairement, comme on pourrait le croire un foyer pulmonaire étendu ou une association ganglionnaire ou pleurale.

3° Il y a des signes fonctionnels.

Les chiffres que nous allons donner n'ont rien d'absolu. Il nous faut en effet comme nous l'avons déjà dit, écarter les toux banales de rhino-pharyngite, de trachéite ; et le départ entre ces toux et celles se rapportant au foyer tuberculeux est bien difficile à faire. Cependant nous avons mis toute notre attention à donner une interprétation aussi exacte que possible des renseignements fournis et voici les remarques que nous pouvons faire.

Nous avons recueilli 26 observations d'enfants dont la toux retient notre attention.

Sur notre tableau II nous notons que dans 9 cas la plèvre est touchée (pleurésie vraie, scissurite ou diaphragme aplati). Dans 13 cas il s'agit d'une adénopathie latéro-trachéale, dans 3 cas d'une grosse ombre pulmonaire, dans 2 cas seulement d'un foyer peu étendu, sans association ganglionnaire ou pleurale.

Dans trois cas, il est vrai, nous notons que l'adénopathie est signalée comme douteuse. Mais il faut se rendre compte de la grande difficulté d'interprétation, de certains clichés et nous citons ces cas avec toute réserve.

Malgré tout, nous croyons pouvoir dans l'ensemble établir un rapport entre la lésion et la toux, pensant qu'une toux persistante, ou intense, indique le plus souvent une participation ganglionnaire ou pleurale.

D'autre part nous faisons remarquer que les 9 nourrissons présentant une toux coqueluchoïde impérieuse ou bitonale sont atteints d'adénopathie.

Inversement lorsque nous examinons les 51 observations d'enfants qui ne toussent pas, nous notons 5 cas d'atteinte pleurale, mais 3 cas seulement d'adénopathie latéro-trachéale droite, chez des enfants de 3, 9 et 11 ans (Obs. XXIII, XXXVII, XC).

TABEAU II

Enfants qui présentent des signes fonctionnels.

NOMS	AGE	SYMPTÔMES	SIGNES RADIOLOGIQUES
Bar...,	5 ans . . .	{ Toux persistante : 2 mois.	{ Foyer pulmonaire. Scissurite.
Bat...,	3 mois . . .	{ Toux bitonale, cor- nage.	{ Foyer pulmonaire. Diaphragme aplati. Scissurite. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Beck...,	5 ans . . .	Toux persistante.	Foyer hilair. Scissurite.
Bert...,	6 ans . . .	Toux plusieurs mois.	Gros foyer pulmonaire.
Bian...,	1 an. . . .	{ Toux coqueluchoïde tirage, cornage.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Bod...,	7 ans . . .	A beaucoup toussé.	{ Petit foyer pulmonaire. Diaphragme aplati.
Bar...,	2 ans . . .	{ Tousse continuelle- ment.	{ Foyer pulmonaire. Adénopathie (douteuse). Gros foyer pulmonaire.
Poul...,	5 ans . . .	Toux persistante.	{ Adénopathie latéro-tra- chéale.
Bas...,	14 mois . .	Tirage.	Gros foyer.
Des...,	8 ans . . .	{ Consulte pour la toux.	{ Adénopathie latéro-tra- chéale, puis épanche- ment pleural.
Der...,	8 ans . . .	{ Toux légère pendant des mois.	{ Foyer pulmonaire. Scissurite. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Fid...,	2 mois . . .	{ Toux quinteuse, ti- rage, cornage.	{ Foyer pulmonaire. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Fab...,	5 ans . . .	Toux persistante.	Gros foyer pulmonaire.
Gir...,	16 mois . .	Toux persistante.	Foyer base droite.
Gar...,	9 ans . . .	Toux persistante.	Epanchement pleural.
Lép...,	20 mois . .	{ Toux à type adéno- pathique.	{ Foyer pulmonaire. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Lan...,	2 ans . . .	{ Toux continueuse et ématisante pen- dant 2 mois.	{ Lobite supérieure. Scissurite.

Lig...,	1 an . . .	Toux bitonale.	{ Foyer pulmonaire. Adénopathie.
Mart...,	7 ans . . .	Tousse beaucoup.	{ Foyer hilaire.
Mar...,	8 mois . .	{ Toux sèche, léger cornage.	{ Adénopathie latéro-tra- chéale.
Mil...,	3 mois 1/2.	{ Toux coqueluchoïde cornage.	{ Foyer pulmonaire. Adénopathie latéro-tra- chéale.
The...,	6 mois . .	Toux durable.	{ Foyer pulmonaire. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Phil...,	7 ans . . .	{ Toux persistante des mois.	{ Foyer pulmonaire. Diaphragme aplati. Sinus cadio-diaphragma- tique droit bouché.
Rarc...,	7 mois . .	Toux coqueluchoïde.	{ Foyer hilaire et pulmo- naire. Adénopathie (dou- teuse).
Tro...,	18 mois . .	Toux coqueluchoïde.	{ Foyer hilaire. Adénopathie latéro-tra- chéale.
Vill...,	16 mois . .	Tousse beaucoup.	Gros foyer.

Il nous semble donc pouvoir arriver à ces conclusions :

1° *L'enfant ne tousse pas.* — Il y a des chances pour qu'un foyer parenchymateux soit seul en cause.

2° *L'enfant tousse beaucoup ou pendant longtemps.* — Ceci est en faveur d'une association ganglionnaire ou pleurale ou d'un gros foyer pulmonaire.

3° *Un nourrisson est atteint de toux coqueluchoïde.* — Une adénopathie latéro-trachéale est très probable.

4° Une atteinte pleurale ou ganglionnaire entraîne la toux, le plus souvent mais non d'une façon constante.

Les signes physiques ont, eux aussi, nous le croyons un rapport avec ce que nous montre la radiologie. Ils sont d'abord relativement fréquents, nous l'avons vu, chez le nourrisson; or l'image radiologique montrant chez lui un foyer analogue en dimension à celui du grand enfant, il nous semble que la proportion du poumon envahi sera plus forte et formera dans le thorax du tout petit une masse relativement plus volumineuse que chez le grand

enfant; peut-être, est-ce là la raison pour laquelle la lésion est plus accessible à nos moyens d'investigation dans la première enfance.

Sur le tableau III parmi les 34 enfants présentant des signes physiques, nous notons 10 cas où la plèvre est intéressée; dans 17 cas la radiographie montre un gros foyer pulmonaire dans 5 cas il ne s'agit que d'un petit foyer pulmonaire de la base ou du hile, mais ceci chez des enfants de 2 ans 1/2 au plus; enfin dans 2 cas les signes physiques, contemporains de la fièvre de début n'ont pas persisté.

TABEAU III
Enfants qui présentent des signes physiques.

		SIGNES	
		STHÉTACOUSTIQUES	RADIOLOGIQUES
Aut...	2 ans . . .	Sub. matité.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie.
Bar...	5 ans . . .	{ Sibilances unilaté- rales. Matité.	{ Foyer pulmonaire. Scissurite.
Ba...	3 mois . . .	Matité.	{ Foyer pulmonaire. Scissurite. Diaphragme aplati. Adénopathie.
Bia...	1 an . . .	{ Matité. Retentissement voix.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie.
Brou...	9 ans . . .	{ Murmure vésiculaire diminué.	{ Gros foyer pulmonaire.
Bes...	14 mois . . .	{ Matité. Retentissement voix.	{ Gros foyer pulmonaire.
Ch...	25 mois . . .	{ Matité. Diminution du M. V.	{ Foyer hilaire.
Cha...	2 ans 1/2 .	Râles.	Foyer hilaire.
Den...	8 ans . . .	Signes de pleurésie.	Pleurésie.
Fi...	2 mois . . .	Râles.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie.
Fal...	5 ans . . .	Souffle expiratoire.	Gros foyer pulmonaire.
Gir...	26 mois . . .	Matité.	Petit foyer pulmonaire.
Gar...	10 ans . . .	Signes de pleurésie.	Pleurésie.
Gig...	4 ans . . .	Matité.	Gros foyer pulmonaire.
Ham...	7 mois . . .	{ Sub-matité. Ronchus.	{ Foyer pulmonaire. Diaphragme aplati.

		SIGNES STHÉTACOUSTIQUES	SIGNES RADIOLOGIQUES
Jolli...,	8 ans.	{ Matité. Souffle râles.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie.
Lacr...,	8 ans.	Sub-Matité.	{ Foyer pulmonaire. Diaphragme irrégulier.
Lep...,	20 mois.	{ Matité. Diminution du M. V.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie.
Lau...,	2 ans.	{ Souffles râles. Retentissement voix.	{ Gros foyer pulmonaire. Scissurite. Adénopathie.
Lév...,	7 ans.	Râles bulleux.	Gros foyer pulmonaire.
Lév...,	3 ans.	Matité souffle.	Gros foyer pulmonaire.
Mar...,	5 ans.	Matité râles.	Gros foyer pulmonaire.
Mil...,	3 mois.	{ Râles. Retentissement voix.	{ Gros foyer pulmonaire.
Nald...,	3 ans.	Sonorité diminuée.	Foyer hilare.
Penh...,	5 ans.	{ Râles. (Signes de début)	{ Foyer hilare. Scissurite probable.
Phil.,	6 ans.	Râles fins.	{ Foyer pulmonaire. Diaphragme aplati.
Pen...,	16 mois.	{ Matité. Diminution M. V.	{ Gros foyer pulmonaire.
Rol...,	4 ans.	{ Matité. Diminution M. V.	{ Gros foyer. Pleurite.
Simo...,	7 ans.	Sibilances.	Foyer pulmonaire.
Sèq...,	10 ans.	{ Râles. (Signes de début).	{ Foyer pulmonaire.
Seral...,	3 ans 1/2.	{ Matité. Souffle râles.	{ Gros foyer pulmonaire.
Theof...,	6 mois.	{ Souffle. Retentissement voix.	{ Gros foyer pulmonaire. Adénopathie.
Van...,	9 mois 1/2.	Diminution M. V.	{ Foyer pulmonaire. Diaphragme aplati.
Vill...,	16 mois.	Matité.	Gros foyer pulmonaire.

Nous croyons donc que s'il y a des signes stéthacoustiques, il y a bien des chances pour que la plèvre soit atteinte ou que le foyer soit étendu; surtout s'il s'agit d'un grand enfant chez qui les signes physiques sont beaucoup moins fréquents que chez le nourrisson.

IV

ÉVOLUTION

Le foyer est constitué — quelle va être son évolution? C'est à la radiographie que nous avons dû avoir recours pour le déceler, c'est encore à des clichés que nous allons nous adresser surtout pour en étudier la marche.

Malheureusement nous ne pouvons suivre les sujets régulièrement comme nous le voudrions. En effet ces enfants, aussitôt leur lésion découverte, sont envoyés à la campagne ou placés en préventorium par les soins du service social. Cependant, nous les revoyons fréquemment au moins une fois avant leur départ, bien souvent au bout de quelques mois de vie au grand air, ou enfin lors de leur retour définitif. Plusieurs de ces enfants ont été ainsi suivis pendant des années, et chez ceux-là nous pourrons nous rendre compte de la façon dont se comporte la lésion, le plus couramment.

Une première notion qui se dégage de l'examen de nos observations est celle de la durée de l'image pathologique, qui va persister des semaines, des mois ou même des années, il s'agit bien là d'une affection chronique.

Une deuxième notion est celle de la modification constante du foyer qui se produit à coup sûr dans les 2 années qui suivent sa formation.

Cette modification peut s'opérer dans le sens de l'extension, nous n'en avons que quelques exemples.

La petite Lacr... Odette (obs. LV) vient consulter en mars pour une visite de prophylaxie son père étant bacillaire. Elle est bien por-

tante, on ne lui trouve aucun signe physique, mais la radiographie montre un foyer de la partie moyenne du poumon droit.

Deux mois plus tard, l'enfant revient. Pendant le mois d'avril elle a été alitée avec de la fièvre; on fit alors le diagnostic de bronchite, mais cette fièvre a duré 15 jours, elle s'est élevée à 39 et 40°. A l'examen de l'enfant on trouve une légère submatité à droite et le cliché montre une ombre plus opaque qui s'est étendue vers la partie externe du poumon.

La fièvre qu'a présentée cette enfant nous paraît bien élevée et bien durable pour n'être la traduction que d'une bronchite banale; mais le foyer s'est un peu étendu, un signe de percussion est apparu, aussi nous semble-t-il bien plus juste de rapporter cet épisode aigu à l'extension de la lésion : véritable poussée évolutive.

Biau... Maurice (1 an), présente le 10 octobre une toux coqueluchoïde avec cornage des râles ronflants et sibilants, une sonorité thoracique normale, il n'a pas de fièvre et la radiographie montre une ombre homogène du lobe moyen droit.

Le 10 novembre il a maigri de 200 grammes, sa température est à 38 et 39°. A la percussion on trouve une matité et à la radiographie une ombre devenue dense et épaisse et qui occupe tout le champ du poumon droit.

Il est probable que chez ce nourrisson le fléchissement de l'état général est en rapport avec cette progression.

Chez le petit Bat... Jean, 3 mois, nous notons cette particularité unique dans nos observations d'une localisation à bascule dans le même champ pulmonaire l'une au lobe supérieur, l'autre au lobe inférieur. Le foyer supérieur augmente d'abord pendant un mois au moins; puis tandis qu'il s'efface, dans une 2^e phase le foyer inférieur s'étend, il est seul visible 5 mois plus tard. Pendant ce temps le poids de l'enfant progresse mal; de 3 à 9 mois, il ne prend que 1.500 grammes, il a de gros signes fonctionnels. Chez ces deux nourrissons, cette large extension fut passagère et 2 ans plus tard dans les 2 cas, la transparence des champs pulmonaires est normale.

Et nous arrivons à cette notion que le foyer peut s'accroître

avec retentissement sur l'état général, sans que cette évolution ait un caractère progressif et fatal, cette extension pouvant être au contraire peu durable et suivie de régression totale.

Toute différente est l'extension progressive, envahissante inexorable, que nous notons chez quatre nourrissons de la crèche, ceux dont nous parlions au chapitre précédent. Chez eux, l'état général est profondément atteint et ces nourrissons sont morts dans les mois qui ont suivi la découverte de leur foyer. Chez 2 de ces nourrissons nous avons assisté vraiment à l'éclosion de la tuberculose.

L'enfant Théo... Odette, est entrée à la crèche à 3 mois 1/2 (Obs. CIV) après un contact massif avec son père tuberculeux. A 4 mois 1/2 son intra-dermo puis sa cuti-réaction deviennent positives, tandis que son état général fléchit d'une façon extrêmement minime. Deux mois plus tard, pour la première fois. Après une série de clichés normaux, la radiographie est positive et montre une ombre latéro-trachéale droite. Trois mois plus tard seulement un foyer se dessine dans le champ droit, image floue, nuageuse, sans limites précises. Pendant ce temps la santé de l'enfant s'altère; c'est un bébé très pâle, triste, anorexique, qui ne prend pas de poids, et qui bientôt sera un nourrisson très hypotrophique, et tendra vers la cachexie. Clichés en main, nous assistons à l'extension du foyer, à sa bilatéralisation. Des signes stéthacoustiques apparaissent tardivement et à l'âge de 17 mois l'enfant succombe à l'envahissement progressif du poumon.

Ainsi un début extrêmement insidieux, une apparition tardive de signes radiologiques, une progression lente mais sans rémission de la lésion, ont caractérisé la maladie de ce nourrisson.

A peu près semblable est l'histoire du petit Fi... Jacques, entré à la crèche avec une cutipositive à l'âge de 40 jours, et dont le foyer formé à 3 mois a évolué progressivement jusqu'à l'envahissement presque total des poumons.

Nous n'avons observé les 2 autres nourrissons qu'à une période déjà avancée de leur évolution. Dans les 4 cas la fin est la même : grande ascension thermique, chute du poids rapide; gros signes fonctionnels; signes de ramollissement à l'auscultation.

Mais cette forme évolutive grave ne constitue que l'exception.

Au contraire nous pouvons dire que la régression du foyer est fréquente, banale même et qu'elle constitue la règle, chez l'enfant plus grand.

LA RÉGRESSION

Cette régression s'effectue lentement. S'agit-il d'une ombre homogène, étendue en bande sur le champ pulmonaire? Quelques mois plus tard cette ombre est moins dense, moins épaisse, moins large, elle a perdu ses limites nettes, elle est irrégulière. Sur un prochain cliché, ses dimensions diminuent, elle se disloque; on commence à voir la trame bronchique; encore quelques mois et la transparence pulmonaire sera redevenue normale; si bien que même en examinant longuement, attentivement cette dernière radiographie de toute une série d'épreuves, il est à peine possible de la différencier d'un cliché normal.

Pendant ce temps, la santé de l'enfant, si jamais elle a cédé, s'améliore; s'il a présenté des signes physiques, ils disparaissent, et l'enfant est cliniquement bien portant, alors même que la régression radiologique n'est souvent encore qu'ébauchée (Obs. XX, CI, XLVII).

Il en est de même des ombres de la région hilare qui s'effritent, s'effacent, disparaissent. Seules parfois quelques travées émanées du hile, une arborisation un peu trop épaisse pourraient révéler à un œil averti, l'existence d'un foyer antérieur.

Cependant ce « nettoyage » radiologique n'est pas toujours aussi complet. Une séquelle est fréquente : la présence de petits foyers calcifiés. Sur plusieurs de nos clichés, nous pouvons suivre la formation de ces petites masses calcaires qui constituent un processus de guérison. L'observation de la petite Fro..., 5 ans est bien caractéristique sur ce point (Obs. XXXIX). Le 1^{er} cliché présente le 28 novembre 1930 une ombre assez homogène étendue à droite du hile à l'aisselle; mais on peut voir une masse arrondie de la largeur d'une pièce de 1 franc se dessiner en pleine ombre. Le 5 janvier 1931 l'ombre a régressé. Le petit disque sombre est plus net, mais on le voit se scinder en trois morceaux.

Le 21 octobre 1931 enfin, on voit nettement se dessiner trois petites calcifications au milieu d'une ombre légère, qui de toute évidence tend à disparaître et il est fort probable que si nous revoyons l'enfant dans quelques mois, les petites taches calcaires seront les seuls témoins restant, du foyer disparu.

Cette forme de guérison est fréquente également, et nous arrivons à cette conception que des calcifications, visibles aux Rayons X, chez un sujet ayant eu un contact bacillaire, dans les années qui précèdent, sont probablement le reliquat d'un foyer comme ceux qu'il nous est donné d'observer : Dans 6 de nos cas nous notons ces calcifications lors du premier examen au Dispensaire (Obs. XXXV, XXXVIII, LXVIII, LXXV, LXXXVII, CIX).

L'atteinte pleurale régresse de son côté.

Quant à l'adénopathie latéro-trachéale droite nous notons qu'elle peut disparaître comme un foyer parenchymateux, tendre vers la calcification, ou persister alors qu'un foyer pulmonaire auquel elle est associée a disparu.

Pour donner des précisions sur l'ensemble de l'évolution radiologique, nous avons essayé de la résumer dans un tableau récapitulatif.

Dans 25 cas l'enfant n'est venu qu'une fois au Dispensaire et nous n'avons pu suivre l'évolution de sa lésion.

D'un autre côté, nous avons mis à part les 6 cas où le premier cliché ne montrait que de petites taches calcaires. Nous pensons en effet qu'il ne s'agit là que de séquelles peu susceptibles d'évolution.

Dans ce tableau les chiffres indiquent le nombre de cas se rapportant à chaque forme d'évolution.

Durée d'évolution. — Nous faisons remarquer que ces chiffres n'ont rien d'absolu au point de vue de la durée de l'évolution, étant donné que le plus souvent nous ne savons pas à quelle période nous voyons le petit malade qui plus d'une fois en est à une époque tardive de sa régression.

Cependant, dans 4 cas (Obs. V, VIII, XVI, XXXVI, nous avons assisté d'abord à une période d'extension puis à une période de régression suivie de guérison. Dans 3 cas cette évolution, extension et régression a duré 2 ans, dans 1 cas, 20 mois.

TABLEAU D'ÉVOLUTION

Temps pendant lequel l'évolution a été suivie . .		15 jours	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	1 an	1 an 1/2	2 ans	2 ans 1/2	3 ans	Total
Persistance du foyer		1	5	4	2	»	»	»	»	1	»	13
Extension du foyer		1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	3
Régression du foyer		»	»	»	5	5	4	»	»	»	»	14
Guérison totale ou sub-totale.	1. Foyer pulmonaire seul	»	»	»	»	1	4	3	4	1	1	14
	2. Avec adénopathie latéro-trachéale droite	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	3
	3. Avec atteinte pleurale	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	3
	4. Avec atteinte ganglionnaire et pleurale	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Guérison avec calcifications.	1. Foyer pulmonaire seul	»	»	»	»	2	1	5	1	»	1	10
	2. Avec adénopathie latéro-trachéale droite	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
	3. Avec atteinte pleurale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	4. Avec atteinte ganglionnaire et pleurale	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Guérison avec séquelle pleurale		»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Guérison avec séquelle ganglionnaire		»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	3
Evolution progressive et bilatéralisation		»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Evolution progressive avec décès		»	»	»	1	2	»	1	»	»	»	4
Décès par méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Décès par granulie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Décès par infection aiguë		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
												77

D'autre part, dans 6 cas de guérison nous croyons avoir saisi le début de la maladie par une fièvre prolongée. L'évolution des 6 cas a duré de 1 à 3 ans (Observations V, XX, XXXIII, XLIV, XLVII, LIII). Il nous semble donc que nous puissions fixer à environ 1 à 3 ans la moyenne de la durée totale de l'évolution favorable, d'autant que sur notre tableau c'est à 1 an 1/2 et 2 ans que nous trouvons le plus gros chiffre de guérison.

Essayons de donner quelques chiffres sur le nombre de ces guérisons et sur les différentes évolutions.

Sur l'ensemble de nos 77 cas, suivis, nous avons au total 33 guérisons, chiffre obtenu en additionnant le nombre de guérisons sans séquelles, au nombre de guérisons avec calcifications, ce qui à première vue donnerait un pourcentage de 43 p. 100 de guérisons.

Mais ce pourcentage à notre avis ne doit pas être retenu car il ne nous paraît pas exact.

En effet, sur les 16 cas où l'extension du foyer ou sa persistance est notée, 1 seul a été suivi plus de 3 mois. C'est celui de l'enfant G. Marcelle qui a eu un épanchement pleural et qui 2 ans 1/2 plus tard en conserve encore les traces, ceci est banal.

Les autres cas n'ayant évolué que 3 mois au maximum sous nos yeux n'ont pas eu le temps de faire leur preuve et ne peuvent être opposés aux cas de guérison. Quant aux 14 cas de régression, leur évolution s'étage de 3 mois à 1 an 1/2; nous avons donc tout lieu de penser que nous n'en sommes qu'à un stade plus ou moins avancé de leur évolution et qu'ils tendent vers la guérison.

Nous considérerons donc seulement les sujets observés pendant un temps assez long, soit pendant 1 an 1/2 au minimum et 3 ans au maximum.

Dans ces conditions nous avons devant les yeux sur notre tableau 38 cas.

Nous notons dans 1 cas la persistance d'une ombre au bout de 2 ans 1/2, il s'agit d'une enfant de 9 ans atteinte d'un épanchement pleural (Obs. XLVI).

Dans 1 cas il y a guérison pulmonaire avec persistance d'une séquelle pleurale : l'applatissage du diaphragme (Obs. IX).

Dans 3 cas le foyer pulmonaire est guéri mais il persiste une image d'adénopathie latéro-trachéale au bout de 1 an 1/2 et de 2 ans. Avec un recul suffisant de quelques mois de plus il est probable que nous verrions ces lésions régresser à leur tour.

Enfin dans 33 cas nous constatons la guérison radiologique.

Dans 21 cas sans séquelle visible.

Dans 12 cas avec des calcifications.

A ces chiffres nous devons opposer les 9 cas de décès; 4 sont dus au processus évolutif, 1 à des convulsions, 1 à une méningite tuberculeuse (enfant de 8 ans), 1 à une granulie, 2 ont succombé à une infection aiguë.

Donc 6 enfants seulement, 7 au maximum, (si les convulsions étaient la traduction d'une méningite bacillaire) sont morts de l'évolution de leur tuberculose.

Si nous ajoutons ces 7 cas de décès aux 38 cas précédents nous obtenons 45 cas dont nous avons pu suivre l'évolution. Pour nous résumer :

Sur ces 45 enfants :

7 sont morts (6 nourrissons de 7 à 16 mois, 1 enfant de 8 ans).

4 sont guéris au point de vue pulmonaire mais conservent une adénopathie latéro-trachéale ou un aplatissement du diaphragme.

1 conserve une large ombre probablement pleurale.

33 sont guéris, dont 5 au-dessous de 2 ans; 12 de 2 ans à 4 ans, 4 de 4 à 6 ans, 12 de plus de 6 ans.

Ce qui fait environ un pourcentage de 75 p. 100 de guérison complète.

Si nous recherchons maintenant l'évolution de l'atteinte pleurale en elle-même nous trouvons que chez les 5 sujets atteints de scissurite que nous avons revus avec une évolution de 2 ou 3 années, la petite ligne pathologique s'est effacée; dans 2 cas de sinus comblé, l'ombre étendue en voile a disparu; les diaphragmes déformés ont repris leur position normale dans 3 cas sur 4 suivis pendant 2 ans; dans le seul cas où s'est produit un épanchement pleural dont nous avons suivi l'évolution pendant plus de 2 ans, une grosse ombre persiste avec sinus comblé (Obs. XLVI).

Donc sur 12 enfants dont la plèvre a été atteinte, 10 sont guéris au bout d'un an 1/2 à 3 ans, 2 conservent une image anormale 2 ans plus tard.

L'adénopathie latéro-trachéo-bronchique peut disparaître. Dans 5 cas sur 10 dont nous avons pu suivre l'évolution pendant 1 an 1/2 au moins, l'ombre anormale a disparu. Elle est nettement en voie de calcification dans 2 cas et persiste dans 3 cas malgré la guérison pulmonaire.

Nous remarquons de plus que 5 nourrissons et 1 grand enfant atteints de cette adénopathie sont morts.

Donc sur 16 enfants atteints de cette adénopathie.

6 sont morts.

7 sont guéris ou en voie de guérison.

3 ont encore une image ganglionnaire visible aux Rayons X après 1 an 1/2 et 2 ans d'évolution.

Essayons maintenant de nous représenter la maladie dans son ensemble, c'est-à-dire la façon dont réagit l'enfant à sa première invasion par le bacille tuberculeux.

D'après l'ensemble de nos observations ; voici selon nous comment se présentent les faits :

Un enfant à un contact avec un sujet bacillifère, contact quotidien, contact répété, prolongé souvent, mais quelques jours de vie en commun, étant suffisants pour le bacilliser et déclancher des phénomènes morbides.

Vient alors une période silencieuse où l'enfant conserve toutes les apparences de la santé. C'est la période anté-allergique de M. Debré, qui peut être assez courte — 1 à 3 mois. — Cependant son état humoral se modifie, et sa capacité de réaction à la tuberculine traduira bientôt son état d'allergie.

Par des travaux antérieurs, en particulier par l'étude de M^{lle} Odier, nous savons que les choses peuvent en rester là. L'enfant est alors atteint de la forme floride de tuberculose.

Dans les cas qui nous occupent, en même temps, qu'apparaît la réaction à la tuberculine, ou peu de temps après, un foyer pulmonaire se forme, augmente progressivement ou par poussées, devient visible sous les rayons.

Pendant ce temps, l'état général de l'enfant peut rester bon mais fléchit souvent ; fléchissement si minime parfois qu'il passe inaperçu et qu'il n'existe pas dans le souvenir des parents ou de l'enfant lui-même. Fléchissement si intense en d'autres cas que l'enfant est alité plusieurs semaines de suite avec une fièvre élevée simulant une typhoïde ou quelque autre maladie.

Peu à peu, les phénomènes s'amendent ; la toux disparaît, la fièvre tombe, tantôt cette période de stabilisation est de courte

durée, et le petit malade recouvre la santé rapidement; tantôt, mais beaucoup plus rarement, cette phase se prolonge des semaines et des mois; l'enfant fébricitant et amaigri, semble lutter avec peine contre un mal qui l'accable.

Dans quelques cas, rares selon notre étude personnelle, et spécialement chez le nourrisson, l'organisme est vaincu; la maladie suit inexorablement sa marche progressivement envahissante. Mais le plus généralement tous les phénomènes morbides régressent. L'enfant reprend toutes les apparences d'une excellente santé; seule persiste une ombre radiologique, unique témoignage d'une affection encore présente. Mais cette ombre est elle-même déjà en voie d'effacement. Bientôt elle va disparaître ne laissant aucune trace ou seulement des séquelles minimées, et 1 an, 2 ans, 3 ans après le début, l'enfant est cliniquement et radiologiquement guéri.

Le cas de l'enfant Cons... André (Obs. XVI) est sur ce point très schématique et résume à lui seul toute cette histoire: l'enfant, âgé de 7 ans est en contact fréquent avec son oncle bacillaire (porteur de bacilles de Koch dans ses crachats). Il a été avec lui en particulier en juin 1930 alors que celui-ci était malade. Le 9 juillet le petit André est amené au dispensaire en mauvais état général, il était très fatigué, avait maigri, avait souvent de la fièvre (ces renseignements sont fournis par la mère).

Il ne tousse pas — l'auscultation est normale — la cuti est positive: à la radiographie on ne constate qu'une ombre de la région hilare gauche, un peu plus épaisse que normalement. L'enfant part en Savoie.

Le 1^{er} octobre 1930 (3 mois plus tard) il revient à la consultation très amélioré quoiqu'encore fatigué. La radiographie montre une large ombre dans la région du hile. Les signes stéthacoustiques sont nuls. L'enfant part à la campagne. Le 1^{er} avril 1931, il revient en très bon état, ayant pris 3 kilogrammes 1/2 depuis octobre.

À la radiographie, le foyer est moins épais; une tache calcaire est en formation. En septembre 1931, l'enfant revient de la campagne en très bonne santé, il n'a aucun signe d'auscultation, le

foyer hilaire a disparu ; seule reste une petite tache, et 6 mois plus tard une petite calcification sera le seul reliquat de ce foyer.

Pour nous résumer, il nous semble que cette tuberculose de première infection de l'enfant à évolution favorable peut être individualisée en une maladie autonome ayant un caractère spécial : son évolution cyclique en l'espace des deux ou trois années caractérisée biologiquement par l'apparition de la réaction à la tuberculine, cliniquement par un début larvé ou à grand fracas suivi d'une période d'adaptation puis de guérison, radiologiquement par un foyer qui se forme, augmente, se stabilise, régresse et s'efface.

LOCALISATIONS EXTRA-THORACIQUES

Dans un certain nombre de cas (18 observations) (1/6 des cas) le foyer pulmonaire n'est pas isolé, et divers localisations viennent traduire la bacillémie. La plus précoce de ces manifestations, semble-t-il est l'érythème noueux.

La nature bacillaire de l'érythème noueux est mise en doute par de nombreux auteurs.

Sans entrer dans ces discussions, nous ferons remarquer que dans 4 de nos observations, nous notons un érythème noueux, s'étant produit probablement à la période initiale de l'affection.

L'enfant Fau... René (Obs. XXXVIII) vient pour la première fois à la consultation à l'âge de 12 ans. Sa radiographie montre des calcifications de la région du hile. Or nous notons dans ses antécédents un érythème noueux à l'âge de 7 ans. A ce moment l'enfant avait consulté, et la radiographie aurait montré alors un foyer pulmonaire ; les calcifications actuelles semblent confirmer ce diagnostic.

L'enfant De... Paulette (Obs. XXX) est atteinte à 10 ans d'un érythème noueux ; elle vient à la consultation 1 an plus tard ; sa radiographie montre alors un foyer pulmonaire qui 2 ans plus tard sera à peu près guéri.

Chez les enfants Del... Marie 10 ans 1/2 et Dou... Robert 2 ans 1/2 on découvre de même un foyer pulmonaire à l'occasion d'un érythème noueux.

De ces 4 observations nous ne pouvons tirer aucune conclusion formelle, cependant nous croyons qu'un érythème noueux chez un

enfant doit éveiller une suspicion de tuberculose et doit faire systématiquement rechercher une localisation pulmonaire de l'affection.

Les localisations osseuses consistent en mal de Pott, spina ventosa, et abcès froid costal.

Sur nos 109 observations nous notons 1 cas d'abcès froid costal chez un enfant de 6 ans amaigri et fatigué et 2 cas du mal de Pott.

Dans un cas l'enfant âgé de 3 ans $1/2$ est venu consulter pour des troubles de la marche ; l'examen révèle un mal de Pott en même temps qu'un foyer pulmonaire occupant tout le lobe supérieur droit.

L'autre cas concerne un enfant de 2 ans chez qui un foyer du lobe moyen avait été découvert à l'occasion d'une visite de prophylaxie, alors qu'il avait toutes les apparences de la santé. Nous avons appris que 8 mois plus tard il partait pour Berck atteint du mal de Pott.

Les cas de spina-ventosa sont au nombre de 3 chez des enfants de 1 an et 2 ans $1/2$, présentant tous trois une atteinte de l'état général, grosse hypotrophie ou fièvre avec amaigrissement.

Dans 1 cas, coexiste une fistule anale, dans 2 cas des gommes cutanées et nous trouvons des gommes encore dans 4 autres cas ; cette manifestation semble atteindre avec prédilection le jeune âge car il s'agit d'enfants âgés de 3 mois, 9 mois, 10 mois, 16 mois, 2 ans $1/2$, 3 ans $1/2$.

Chez les 3 enfants que nous avons pu suivre, ces gommes apparues pendant l'évolution du foyer pulmonaire ont guéri avant, ou en même temps.

Nous remarquons encore 1 cas d'adénite cervicale, 1 cas de synovite de la main et 3 cas de kératite.

Cette kératite « est caractérisée par le développement sur la cornée, de préférence sur son limbe, mais aussi sur son centre, de petits nodules vésiculeux ou papuleux (pseudo-vésiculeux) qui s'entourent rapidement de vaisseaux dilatés ; ces nodules s'ulcèrent et l'ulcération qui les remplace guérit en 2 ou 3 semaines quand elle est superficielle, ce qui est le cas le plus fréquent ; mais parfois elle est profonde et laisse une taie indélébile ; elle peut même

aboutir à la perforation de la cornée avec toutes ses conséquences » (Marfan).

Si la nature bacillaire des lésions osseuses comme le mal de Pott et le spina, ou cutanées, comme les gommès, s'impose, il n'en est plus de même de la kyratite phlycténulaire au niveau de laquelle le bacille de Koch n'a jamais pu être mis en évidence.

Cependant sa coïncidence fréquente avec d'autres lésions bacillaires, sa structure anatomo-pathologique font qu'on a pu la rattacher à une manifestation de tuberculose externe.

Le professeur Weekers de l'Université de Liège établit un rapport entre la kératite phlycténulaire et les tuberculides cutanées et le professeur Marfan la fait rentrer dans le cadre de la scrofule, de ce syndrome disparate, composé de lésions ganglionnaires, osseuses, cutanées que vers 1860, Bazin, comme Hippocrate autrefois, rapportait à une diathèse, et dont la notion démolie par les progrès de la bactériologie, fut reprise par Marfan pour en faire une forme spéciale de tuberculose externe; cette tuberculose laissant après guérison une certaine immunité à l'égard des manifestations de tuberculose pulmonaire de l'âge adulte (loi de Marfan),

Et parmi nos observations nous voyons ces ganglions, ces lésions osseuses et cutanées, ces kératites, s'associer différemment réalisant parfois ce tableau de l'ancienne scrofule, dont l'enfant Li... (Obs. LXIII) pourra représenter un exemple vivant, avec sa figure rouge parsemée d'impetigo, ses adénopathies multiples, sa pyodermite péri-buccale, et son doigt gonflé et suppurant.

En dehors de ces manifestations externes de la tuberculose, nous relevons dans nos observations 2 cas de généralisation mortelle : une granulie chez un nourrisson, une méningite tuberculeuse chez une fillette de 8 ans.

Le nourrisson Mo... Lucien (Obs. LXXII) avait une cuti positive dès l'âge de 3 mois. A 6 mois il entre dans le service; son image radiologique montre alors un foyer hilaire et une adénopathie latéro-trachéale droite; peu après il succombe à la suite de phénomènes fonctionnels et généraux importants et son autopsie montre à côté de noyaux hilaires et ganglionnaires caséifiés la présence

de nombreuses granulations sur les plèvres, dans les lobes pulmonaires, dans le foie et la rate.

La fillette de 8 ans était atteinte d'adénopathie latéro-trachéale droite; après un épanchement pleural et une localisation tuberculeuse à la sinoviale des extenseurs de la main, elle succombe à une méningite.

A propos de ces localisations externes et de ces généralisations, nous rappellerons la théorie des auteurs allemands et de Ranke en particulier qui soutiennent l'analogie de la syphilis et de la tuberculose au point de vue des réactions générales de l'organisme.

Pour ces auteurs, à la période primaire d'invasion marquée par l'apparition du chancre d'inoculation, fait suite une période secondaire, phase d'hypersensibilité et de généralisation avec métastases osseuses, cutanées, ganglionnaires, ou granulie et phénomènes congestifs violents, la période tertiaire étant représentée par la forme fibreuse et fibro-caséuse de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Cette période secondaire correspondrait bien, pour nous à ces localisations multiples, mais en considérant le foyer pulmonaire comme une localisation congestive initiale et souvent isolée.

Nous rappellerons aussi la classification que Cordey a établi, du cycle évolutif de la tuberculose chez le grand enfant : « Il est évident, écrit-il, que les lésions cliniques n'éclatent pas aussitôt après l'inoculation; un certain délai est nécessaire pour leur apparition. Ce délai peut schématiquement se décomposer en quatre périodes : la première est absolument latente, c'est la première période d'incubation ou période antéallergique pendant laquelle l'individu n'est pas encore en état de sensibilité vis-à-vis de la tuberculose. Cette période prend fin quand est constitué le chancre d'inoculation pulmonaire; ici se place une courte phase d'invasion de la maladie qui correspond au début clinique de la tuberculose, manifestations discrètes, éphémères, étudiées par MM. Robert Debré et Laplane qui traduisent lorsqu'elles ne passent pas inaperçues, la formation du chancre d'inoculation et de l'adénopathie similaire. Puis, fait suite une troisième période. Elle sépare

cette phase des accidents primitifs, de l'éclosion des lésions périphériques secondaires (osseuses par exemple). Pendant cette période les germes répandus et fixés en tel ou tel point dans l'organisme, constituent des lésions locales variables. Celles-ci ne se déclarent qu'après une sorte de deuxième période d'incubation. C'est alors que commence la quatrième phase, celle des lésions cliniques évolutives (osseuses, ganglionnaires, etc.) ».

Cette classification concorde pour une part avec ce que nous avons pu observer. Nous constatons en effet dans nos observations : la même première phase d'incubation, la deuxième phase de début clinique et de constitution du foyer pulmonaire, et une troisième période avec régression de ce foyer devenu cliniquement silencieux, et correspondant probablement à cette phase que Cordey désigne sous le nom de deuxième incubation.

Cependant c'est à cette troisième période, la période secondaire de Ranke et parfois très précocement que dans plusieurs de nos observations nous voyons apparaître des localisations extra-pulmonaires qui vont souvent guérir en même temps que la lésion pulmonaire et nous ne saurions faire une quatrième période de cette généralisation. Cependant avec un recul suffisant, peut-être assisterions-nous, à l'éclosion d'un nouveau foyer chez nos enfants en apparence guéris; l'avenir seul pourra répondre.

Une période d'incubation, une période d'invasion, avec formation d'un foyer pulmonaire suivie d'une période de stabilisation avec parfois métastases puis une période de régression et de guérison, ou d'envahissement progressif et fatal, voilà ce que à l'heure actuelle, nous constatons dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire, chez des enfants nouvellement bacillisés.

VI

FORMES CLINIQUES

Nous pouvons résumer les deux chapitres des symptômes et de l'évolution en groupant nos observations selon plusieurs formes cliniques.

A. — SELON LE DÉBUT

Chez certains sujets ce début est marqué par une fièvre élevée et durable.

1° Forme à début bruyant. — 20 observations (1/5 des cas) parmi lesquelles nous comptons celles de 2 nourrissons de moins de 2 ans.

Une subdivision :

Parfois il y a des signes digestifs importants :

a) Forme avec troubles digestifs : 2 cas.

Parfois les signes pulmonaires prennent la première place et font penser à une broncho-pneumonie ou à une congestion pulmonaire (dyspnée, toux importante).

b) Forme avec signes pulmonaires : 3 cas.

Enfin le plus souvent la fièvre est le symptôme majeur, celui qui fait porter le diagnostic de para-typhoïde ou de fièvre muqueuse, elle peut s'accompagner de toux et d'amaigrissement : c'est en somme un typho-bacillose.

c) *Formes à début par fièvre à type de typho-bacillose* : 15 cas.

Dans certains cas on trouve un érythème noueux semblant marquer le début de l'affection.

2° Formes à début par érythèmes noueux. — 4 observations.
Chez d'autres enfants on ne constate qu'une période de fatigue, d'amaigrissement, de toux ou de fièvre légère et peu durable.

3° Formes à début larvé. — 18 observations (1/5 des cas) dont 5 de nourrissons de moins de 2 ans.

Enfin dans le plus grand nombre de cas on ne relève pas de fléchissement de l'état général; le début a été latent, marqué par des phénomènes peu intenses qui n'ont pas attiré l'attention.

4° Formes à début latent ou passé inaperçu. — 66 observations (2/3 des cas) dont 16 appartiennent à des nourrissons de moins de 2 ans.

Les symptômes du début peuvent évoluer très rapidement l'enfant recouvre la santé au bout de 2 ou 3 semaines; on se croirait en présence d'une forme latente si l'interrogatoire ne révélait une période de fièvre.

5° Formes à début court et guérison clinique rapide. — 12 observations.

Quelquefois la fièvre de début peut se prolonger pendant 2, 3 mois ou plus.

6° Formes à début prolongé. — 6 observations.

B. — SELON LES SYMPTOMES

Parfois, l'enfant a toujours été en excellente santé; l'examen général est négatif; il n'y a donc aucun signe clinique.

1° Forme latente. — 23 observations (soit 1/5 des cas). (Nous devons signaler que parmi ces 23 observations figurent 5 cas où le premier cliché n'a révélé que des taches calcaires, donc déjà une forme de guérison.)

Les symptômes généraux sont parfois très marqués ou assez

importants ; on se trouve en présence d'un enfant qui souffre dans sa vie végétative : nourrisson très hypotrophique, enfant fébrile, fatigué et amaigri.

2° Forme avec signes généraux. — 48 observations (la moitié de nos cas).

Parfois la toux et les symptômes fonctionnels prennent par leur intensité ou leur durée une place importante dans la symptomatologie.

3° Forme avec signes fonctionnels. — 25 observations (1/4 de nos cas).

Parfois ces signes fonctionnels sont particulièrement marqués : toux impérieuse, bitonale, coqueluchoïde, voix cassée, dyspnée, cornage, tirage.

4° Forme avec signes fonctionnels particulièrement intenses. — 12 observations, (toutes de nourrissons de moins de 2 ans).

En plus des symptômes généraux ou de la toux, l'enfant peut présenter une diminution de la sonorité thoracique, ou bien des signes d'auscultation.

5° Forme avec signes physiques. — 34 observations (1/3 de nos cas).

L'enfant peut présenter des signes généraux et fonctionnels sans aucun signe stéthacoustique : 42 observations.

Ou bien la forme est latente complètement (23 observations).

6° Forme sans signe physique. — 42 observations avec signes généraux ou fonctionnels. 23 observations sans signes généraux et fonctionnels.

En tout : 65 observations sans aucun signes physiques : soit 2/3 de nos cas.

C. — SELON L'ÉVOLUTION

Nous avons trouvé quelques cas où le foyer une fois formé s'étend progressivement, se bilatéralise, ayant tendance à envahir tout le poumon.

1° Forme évolutive. — 5 observations (toutes de nourrissons de 2 mois à 14 mois).

Le plus souvent, au contraire le foyer a tendance à régresser et à guérir.

2° Forme régressive. — 51 observations tant de nourrissons que de grands enfants chez qui nous avons pu constater la guérison du foyer ou sa régression. En plus : 42 observations où la symptomatologie permet de penser qu'il s'agit d'une forme régressive, quoique les sujets n'aient pas été suivis un temps suffisant, pour pouvoir l'affirmer. Soit en tout 93 observations.

D. — SELON LES COMPLICATIONS

1° Forme avec localisations osseuses. Sur 109 observations :

2 cas de mal de Pott, 3 cas de spina-ventosa, 1 cas d'abcès froid costal.

2° Forme avec localisations cutanées : 6 cas de gommes cutanées, 1 cas de fistule anale.

3° Forme avec localisations ganglionnaires : 1 cas avec adénite cervicale.

4° Forme avec localisation oculaire : 3 cas avec hératite-phlycténulaire.

5° Forme avec complication pleurale et épanchement : 2 cas de pleurésie.

6° Forme avec complication méningée : 1 cas de méningite tuberculeuse.

7° Forme se généralisant : 1 cas de granulie.

VII

DIAGNOSTIC

Un diagnostic de tuberculose doit s'étayer sur des faits d'ordres familiaux, biologiques, cliniques, radiologiques, bactériologiques :

1° Faits d'ordres familiaux. — Tout tuberculeux a été contaminé par un sujet contagieux ; cette notion a été nettement mise en lumière par les recherches de Armand Dellile sur les causes de la tuberculose de l'enfant, par les travaux de MM. Debré et Cordey sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance de Denoyelle sur l'étiologie de la tuberculose de l'adulte. En Allemagne, M^{lle} H. Eliasberg grâce à une enquête très approfondie est arrivée aux mêmes conclusions.

Il est bien certain que la proposition inverse serait inexacte et qu'un sujet en contact avec un tuberculeux n'est pas toujours contaminé.

Cependant plus le sujet est jeune, ou plus son allergie est récente selon Cordey, plus il a de chance de subir les conséquences d'un contact tuberculeux, surtout si ce contact est renouvelé tous les jours, et si la dose des bacilles absorbée est massive.

Lors donc qu'à notre connaissance un enfant a vécu avec un tuberculeux nous sommes autorisés déjà à le considérer comme suspect, et ceci d'autant plus qu'il est plus jeune, que le contact a été plus long et plus intime. Nous trouvons déjà dans l'entourage de l'enfant un élément de présomption pour notre diagnostic.

2° Faits d'ordre biologique. — Il s'agit de la réaction à la tuberculine.

Il est de notion courante que le bacille tuberculeux introduit dans l'organisme, même à petite dose y produit une modification des humeurs de telle sorte que le sujet acquiert la propriété de réagir à la tuberculine, cuti-réaction ou encore intradermo-réaction beaucoup plus sensible. C'est ainsi que le citoyen adulte dans la proportion de 98 p. 100 présente une cuti-réaction positive et ceci souvent, uniquement pour avoir rencontré le bacille de Koch sur son chemin, à l'usine, au cinéma, au café et même dans la poussière des rues ; (pour avoir été contaminé par le « bacille de la rue » en un mot). Cette contamination est d'autant moins fréquente que l'individu est plus jeune ; et de nombreuses statistiques ont montré la fréquence croissante de la tuberculisation suivant l'âge. Nous citerons celle d'Hamburger, Monti et Sluka faite à Vienne :

AGE	CUTI +
De 0 à 1 an.	1 p. 100.
2 ans.	9 —
3 à 4 ans	27 —
5 à 6 ans	51 —
7 à 10 ans.	71 —
11 à 14 ans	94 —

Pour résumer ces chiffres, on peut dire qu'avant un an 1 p. 100 des enfants sont tuberculisés, tandis qu'à 5 ans 50 p. 100 le sont et après 10 ans la proportion s'élève à 94 p. 100.

Si donc nous examinons un enfant dont la cuti est positive, plus il est jeune plus il y aura de chances pour qu'il ait subi une contamination autre que celle de la rue et que dans l'entourage de l'enfant se soit trouvé un contaminateur ; plus il est jeune, plus il y aura de chances, s'il présente un foyer pulmonaire pour que cette réaction soit en rapport avec ce foyer et vienne en traduire la nature bacillaire donc une cuti positive chez un enfant jeune aura une grosse valeur pour le diagnostic de lésion tuberculeuse ; cette cuti prendra une valeur diagnostic capitale si ayant été pratiquée à plusieurs reprises, on saisit le moment où elle devient positive, la voyant vraiment « virer sous les yeux » au moment où des signes cliniques et une image radiologique apparaissent.

Une cuti négative par contre ne devra pas faire rejeter à coup sûr l'idée d'une tuberculose. Il ne faudra pas oublier l'état anergique possible, la période ante-allergique où la réaction n'a pas encore eu le temps d'apparaître, enfin la possibilité d'une cuti faussement négative. Cette dernière éventualité a été très étudiée dernièrement par des auteurs anglais qui ont établi qu'elle se présente avec une fréquence de 3 à 4 p. 100.

Une intradermo-réaction, épreuve dont les résultats sont beaucoup plus constants, devrait donc être pratiquée chaque fois qu'il subsiste une suspicion de contamination, malgré une cuti négative.

3° Les signes cliniques ne peuvent permettre à eux seuls en général de faire le diagnostic; tout au plus peuvent-ils le faire soupçonner.

Nous avons vu que les signes généraux et fonctionnels sont souvent trompeurs : tel enfant malingre et chétif et qui tousse sera indemne de toute bacillose; tandis que tel autre à l'aspect robuste et florissant sera porteur d'un large foyer de tuberculose pulmonaire, et nous n'en sommes plus, comme du temps de Landouzy, à décrire l'enfant touché par la tuberculose sous les traits d'un être fluët et grêle, à la taille élancée, aux chairs molles, au visage fin et émacié où de longs cils ombragent des yeux agrandis.

Ce que nous considérerons surtout c'est une courbe de température anormale, une chute de poids, une fatigue durable avec anorexie, et l'attention du médecin devra être attirée vers une lésion pulmonaire tuberculeuse possible, lorsqu'il est amené à examiner un enfant présentant ou ayant présenté :

1° soit une période de fièvre élevée dont la preuve n'est pas faite;

2° soit une fièvre peu élevée mais durable qui se prolonge;

3° soit une période d'amaigrissement, de fatigue, de mauvais état général inexpliqués.

Ou lorsqu'il se trouve en présence d'un nourrisson dont le poids est très insuffisant, sans raison apparente, ou qui progresse mal,

ou qui présente une toux impérieuse quinteuse avec ou sans troubles de la respiration et de la phonation.

Les manifestations de tuberculose externe peuvent être parfois un moyen de diagnostic dans les cas discutables, un moyen de dépistage dans les cas ignorés.

Un spina ventosa, un mal de Pott, viennent en effet signer la nature bacillaire d'un foyer pulmonaire concomitant.

Quant aux signes physiques, ils n'ont rien de caractéristique, tout au plus peuvent-ils indiquer la présence d'un foyer de condensation. Les craquements après la toux n'existent pas comme dans la tuberculose commençante de l'adulte, nous ne nous arrêtons pas aux signes classiquement décrits d'adénopathie trachéo-bronchiques (souffle interscapulo-vertébral, signe de Despine, souffle vasculaire à la base du cou, etc.) qui n'ont aucune valeur et nous demandons à la radiologie de nous éclairer sur la nature et la localisation du foyer.

4° Faits d'ordre radiologique. — A la radiographie une adénopathie latéro-trachéale, une ligne de scissurite ont une valeur presque pathognomonique pour le diagnostic de tuberculose. Il n'en est plus de même d'un foyer du parenchyme qui peut être d'une nature quelconque; mais, associés aux signes cliniques, les signes radiologiques discutables en eux-mêmes prennent une grande valeur.

Considérons le cas banal d'un enfant dont l'image pulmonaire montre une grosse ombre en plein parenchyme. Si ce foyer est cliniquement silencieux, il y aura bien des chances pour qu'il soit de nature bacillaire, car nous savons bien qu'une lésion d'infection aiguë ou subaiguë se manifeste par des signes généraux et des signes stéthacoustiques importants; aussi croyons-nous pouvoir dire que des signes radiologiques précis associés à des signes cliniques nuls ou minimes sont nettement en faveur de la bacillose.

Si cette ombre radiologique s'accompagne de manifestations cliniques plus ou moins bruyantes, le diagnostic sera plus hésitant; un élément de grosse valeur pourtant pourra intervenir : la durée de ce foyer. Un des caractères d'un foyer tuberculeux, nous

l'avons vu, est en effet la persistance. Tout ceux que nous avons pu suivre régulièrement ont duré 1 an, 2 ans et même plus.

Si donc à un premier examen, des doutes peuvent s'élever, ces doutes en général se dissipent lorsque plusieurs semaines plus tard une ombre a persisté malgré la guérison apparente de l'enfant.

5° Faits d'ordre bactériologique. — Chez l'adulte un diagnostic de tuberculose doit toujours s'appuyer sur l'examen des crachats. Il n'en est pas de même chez l'enfant qui souvent ne tousse pas et en règle général ne crache pas.

Plusieurs méthodes cependant ont été préconisées pour mettre en évidence chez lui le germe tuberculeux.

1° L'examen des selles;

2° L'examen du liquide retiré par lavage d'estomac selon la méthode d'Armand Delille et Vibert;

3° L'examen des sécrétions pharyngées.

Mais c'est sur la notion du contact, la réaction à la tuberculine et la coexistence des signes cliniques et radiologiques que repose surtout notre diagnostic. Aucun des arguments invoqués n'a en lui-même une valeur absolue; mais en s'associant différemment ils constituent une preuve suffisante pour entraîner la conviction.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En général le diagnostic soulève peu de difficulté. Il est des cas cependant où il peut errer.

1° Fièvre typhoïde. — D'abord à la période de début lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant atteint d'une fièvre élevée isolée, si les examens de laboratoire ne sont pas pratiqués, l'étiquette de fièvre typhoïde ou paratyphoïde, voir même de fièvre muqueuse est facilement posé, et nous avons fréquemment l'occasion de le constater. Cette erreur ne nous semble pourtant plus permise; cliniquement d'abord : dans la fièvre d'invasion bacillaire l'état général

est peu touché au début : l'enfant est gai et joue dans son lit sans tumeurs, le pouls n'est pas dissocié, il n'y a pas de taches rosées, pas de signes de bronchite. Bactériologiquement : l'hémo-culture est négative, biologiquement : le séro-diagnostic est négatif, la cuti réaction est positive ; on peut et on doit donc, par les examens cliniques, bactériologiques, biologiques, arriver au diagnostic de fièvre bacillaire, typho-bacillose ou granulie ; la radiographie permettra d'assister à la constitution d'un foyer pulmonaire.

2° Pneumonie. — Beaucoup plus difficile nous semble le diagnostic lorsque à la fièvre se joignent des signes pulmonaires. Le diagnostic de pneumonie, de broncho-pneumonie, de congestion pulmonaire est le premier qui vient à l'esprit.

C'est alors que la notion d'une contamination récente, une cuti-réaction positive, surtout si l'enfant est jeune ou si la cuti vire du négatif au positif pendant ce temps comme dans deux de nos observations, une évolution longue, seront des arguments de grosse valeur pour le diagnostic de tuberculose. Cette longue évolution avec état général relativement bon écartant le diagnostic de pneumonie caséuse.

3° Broncho-pneumonie. — Une infection pulmonaire bruyante, prenant l'allure d'une broncho-pneumonie d'infection aiguë peut être le masque sous lequel se développe une tuberculose pulmonaire du nourrisson ; M^{lle} Odier considère cette manifestation aiguë comme un début pouvant très bien être en rapport même avec cette forme curable, que nous citons comme la plus fréquente, et dont elle s'est occupée spécialement.

4° Grippe et congestion subaiguë. — Si la poussée fébrile est de courte durée, sans signes stéthacoustiques, la grippe sera souvent mise en cause, et il faudra toujours se méfier de ce diagnostic trop facile surtout chez un enfant ayant eu un contact. Cependant, d'un autre côté même si une radiographie pratiquée donne un cliché positif, sans que l'on ne trouve aucun signe d'auscultation il ne faudrait pas se hâter de conclure à une lésion bacillaire et

comme dans le cas précédent il faudrait considérer l'évolution. Un foyer de congestion subaiguë en effet peut être une cause de grave erreur.

Nous pouvons bien nous en rendre compte par l'observation de l'enfant Ca... (Obs. CX), non tuberculeux dont l'histoire nous semble assez remarquable à ce point de vue.

Chez cet enfant, on découvre à la radiographie un foyer hilaire d'aspect absolument semblable à celui des enfants tuberculeux ; de plus, fait remarquable, il ne présente aucun signe clinique. Or sa cuti est négative, et reste négative à une deuxième épreuve, ainsi que l'intra-dermo réaction pratiquée quelques jours plus tard.

Pendant ce temps les signes radiologiques se modifient et au bout de 10 jours le foyer a presque complètement disparu.

Malgré l'aspect de l'ombre pulmonaire, malgré l'absence de signes cliniques, il ne peut donc s'agir ici de tuberculose. Combien facile eût été l'erreur si cet enfant de 10 ans avait eu une cuti positive comme cela arrive environ dans 80 p. 100 des cas à cet âge. L'évolution seule aurait permis de faire le diagnostic.

5° Les végétations adénoïdes peuvent être facilement une cause d'erreur. Un adénoïdien en effet, se présente souvent comme un enfant chétif, pâle, malingre, à température instable et qui tousse, on le prend pour un tuberculeux ; inversement on peut être tenté de ramener à une cause rhino-pharyngée les signes généraux d'une tuberculose commençante.

Il faut un examen de gorge, le contrôle biologique et radiologique pour faire le diagnostic.

6° L'asthme infantile quoique d'un aspect clinique bien différent peut dans certains cas en imposer pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire, et il arrive assez souvent qu'un enfant soit amené à la consultation pour une toux impérieuse, opiniâtre qui fait penser tout d'abord à une atteinte pulmonaire. Cependant, en général un interrogatoire un peu précis ramène les choses au point.

Il s'agit d'un enfant qui présente des accès de suffocation « au

milieu de la nuit, parfois aux premières heures du matin, le petit malade se réveille en proie à un malaise profond à une angoisse très marquée, il est anxieux, pâle, les yeux larmoyants ; les extrémités se cyanosent et se refroidissent. Ce qui domine tout le tableau clinique est la dyspnée, accompagnant cette dyspnée une toux petite, sèche, quinteuse, pénible » R. Broca (*L'asthme de l'enfant. Thèse de Paris, 1925*).

Au bout de quelques heures la crise est finie et l'enfant se rendort.

Cette crise si typique permet de faire le diagnostic.

7° La dilatation bronchique avec ses périodes aiguës de fièvre, sa toux persistante, ses signes d'auscultation (souffle, râles humides) devra être différenciée par son aspect clinique un peu spécial — expectoration abondante en particulier — et par l'image radiographique qui montre dans ce cas une zone d'obscurité triangulaire, surtout visible à droite, étendue du cœur aux 2/3 internes du diaphragme.

8° La coqueluche peut être diagnostiquée devant la toux coqueluchoïde de l'adénopathie latéro-trachéale, mais en général cette toux ne s'accompagne pas de vomissements.

S'il y a cornage, dyspnée, le diagnostic du corps étranger, de laryngite peut être soulevé comme ce fut le cas pour l'enfant Bat... (Obs. V).

Dans tous ces cas la cuti-réaction, et l'intradermo-réaction au besoin, avec les Rayons X permettront de faire le diagnostic d'une façon formelle.

9° Troubles digestifs. — Nous ne ferons que citer l'appendicite chronique, les troubles digestifs ; la colite en particulier si fréquente chez l'enfant, voir même l'helminthiase, tout ce qui enfin, en déprimant l'organisme donne à l'enfant l'aspect d'un petit malade à température instable et peut ainsi faire croire à une infection bacillaire.

Chez le nourrisson une légère élévation de température de quel-

ques jours avec chute de poids correspondant, est un fait bien banal, pouvant être causé par une infection quelconque, un trouble digestif passager; et pourtant cet incident minime pourra marquer « son entrée dans la tuberculose » éventualité qui peut devenir redoutable. Aussi ne doit-on pas hésiter à faire chez le nourrisson, devant tout incident pathologique, une cuti-réaction, qui chez lui prend une si grosse valeur diagnostic.

Diagnostic de la forme. — Le diagnostic de tuberculose pulmonaire étant fait, il faut tâcher d'en préciser la forme.

S'agit-il d'un foyer torpide, silencieux dont l'image radiographique montre une ombre homogène, bien limitée, qui ne s'étend pas sur des clichés successifs ? nous aurons le droit de penser qu'il s'agit là d'une forme régressive du type spléno-pneumonique.

Au contraire, un retentissement profond sur l'état général, des signes physiques ayant tendance à s'accroître, surtout une image radiologique montrant des ombres floues, nuageuses, pommelées, qui parfois seront bilatérales, et auront tendance à s'accroître, feront porter le diagnostic de forme évolutive du type broncho-pneumonique.

La distinction entre ces 2 formes cliniques n'est pas toujours aussi nette. Tel cas de lobite supérieure a évolué sous nos yeux vers l'infiltration progressive et bilatérale (Obs. XIII) alors que tel autre, accompagné de gros signes généraux, fonctionnels et physiques s'est montré une forme régressive d'évolution favorable. Cependant en général la distinction est simple et le diagnostic s'impose.

En résumé le diagnostic de tuberculose pulmonaire chez l'enfant est souvent facile ; il est presque toujours faisable ; le tout est de savoir y penser, de savoir fouiller les antécédents minutieusement, pour retrouver le contaminateur oublié, méconnu ou volontairement caché, savoir interpréter les petits signes cliniques aussi bien que les manifestations bruyantes, ne pas négliger, avant tout la pratique si simple de la cuti-réaction et surtout ne pas hésiter à demander une radiographie malgré les difficultés d'ordre social.

Étant donné que nous possédons pour le dépistage de cette affection, des moyens si accessibles à tous, il devient coupable à un praticien de ne pas savoir ouvrir les yeux, et de méconnaître chez l'enfant une tuberculose commençante qui le plus souvent devra guérir avec des soins appropriés.

VIII

PRONOSTIC

Quel pronostic devons-nous faire devant cette tuberculose commençante de l'enfant?

Considérons d'abord l'enfant de plus de 2 ans.

Nous constatons que sur 32 observations d'enfants ayant plus de 2 ans lors du premier examen et ayant été suivis au moins pendant 3 mois, 1 seul est mort, ayant succombé à une méningite tuberculeuse, 20 ont guéri complètement, 12 sont en voie de guérison. Donc à 1 cas de décès nous opposons 31 cas guéris ou en voie de guérison.

L'enfant atteinte de méningite tuberculeuse avait vécu avec son père bacillaire; à 8 ans elle était atteinte d'une adénopathie juxta-trachéale droite suivie d'un épanchement pleural et d'une localisation à la gaine des extenseurs de la main. Il s'agissait donc d'une tuberculose active, à localisations multiples dont la première était un ganglion trachéo-bronchique et la dernière une localisation méningée qui ne pardonne pas (Obs. XXXII).

Cette adénopathie haute est généralement considérée comme grave; pour F. Piéchaud professeur agrégé des hôpitaux de Bordeaux, c'est « une source de propagation granulique commandant une évolution défavorable, souvent fatale » et pourtant MM. Rist et Lévesques « les tuberculoses qui se signalent par l'ombre juxta-trachéale, isolée ou non, sont des tuberculoses graves, évoluant le plus souvent vers la généralisation granulique, exceptionnellement vers la guérison avec calcification massive de l'image en question ».

A l'encontre de ceci nous devons signaler que sur les 18 enfants guéris, 3 étaient atteints d'une adénopathie juxta-trachéale droite.

D'autre part, il est de notion courante qu'une typho-bacillose est très souvent suivie d'une localisation tuberculeuse ultérieure.

Or parmi les 18 enfants guéris, 3 avaient eu un début bruyant avec fièvre élevée, qui pour l'un de ces enfants avait fait même porter le diagnostic de tuberculose avec pronostic fatal.

L'avenir seul pourra nous dire si ces formes à début par typho-bacillose doivent être considérées comme plus dangereuses que les autres.

Cette lésion torpide et régressive; peut-elle prendre, sous une influence quelconque, une allure évolutive? C'est un point auquel nous ne pouvons répondre. Cependant, nous n'avons aucun exemple, dans toutes nos observations de cette transformation.

La forme évolutive peut-elle exister d'emblée chez le grand enfant comme chez le nourrisson? C'est extrêmement probable, mais nous ne possédons aucun exemple sûr pour le prouver.

Examinons maintenant ce que devient le nourrisson atteint avant 2 ans.

Longtemps a prévalu cette idée que la tuberculose chez lui était toujours mortelle. Ibrahim écrivait en 1905 : « Le nombre des nourrissons tuberculeux et le nombre des morts est identique. » Quelques années plus tard, une opinion analogue était soutenue par Czerny, Shlossman, Hutinel, von Pirket; le professeur Marfan fut un des premiers à réagir contre ce pessimisme catégorique et Schick écrivait dès 1909 : « Le pessimisme avec lequel on considère la tuberculose du nourrisson n'est pas justifié. » C'est que, grâce aux rayons X la barrière de la tuberculose s'est écartée. Nous la découvrons par la radio et le laboratoire, là où elle n'était pas soupçonnée.

Parmi les statistiques citons celles de Ribadeau-Dumas qui trouve 84 p. 100 de mortalité, de Hahn 77 p. 100, de Langer 60 p. 100, de Garrahan 54,4 p. 100, de Lemaire 57 p. 100.

Les travaux de MM. Léon Bernard, Debré et Parafé apportèrent les éléments plus exacts d'un pronostic moins sombre, d'où il

ressort comme l'écrivent MM. Bezançon et Philibert que : « Le nourrisson peut présenter une tuberculose latente parfaitement tolérée comme le grand enfant ».

Voici le résultat de ce que nous avons pu observer nous-mêmes.

Sur les 25 observations d'enfants de 2 ans au plus ayant été suivis au moins 3 mois, 6 sont morts de tuberculose (1 de granulée, 1 de convulsions(?), 4 d'infiltration progressive), 13 sont guéris, 6 sont en état d'amélioration radiologique, ce qui donne un pourcentage de $1/4$ de décès contre $3/4$ de guérison ou d'amélioration.

Si notre pourcentage de guérison paraît élevé, peut-être la séparation du nourrisson d'avec le contaminateur, peut-elle expliquer ce fait. On considère en effet généralement les réinfections comme très dangereuses.

Signalons que sur les 13 enfants guéris, 3 étaient atteints d'adénopathie latéro-trachéale droite.

Sur les 6 enfants morts ou en état de cachexie, 5 présentaient cette adénopathie médiastinale haute; chez le sixième elle est restée douteuse.

L'atteinte ganglionnaire ne nous apparaît donc pas comme fatale; mais cependant chez le nourrisson elle nous semble justifier — en partie — le pronostic sombre qu'on a l'habitude de lui rapporter.

Au point de vue pratique, lorsque nous nous trouvons en face d'un enfant contaminé et porteur d'une lésion pulmonaire comment pouvons-nous formuler le pronostic?

Est-ce un enfant de plus de 2 ans, atteint de la forme spléno-pneumonique? Le pronostic sera bon, même s'il est atteint d'adénopathie juxta-trachéale — tout au moins dans un avenir proche. Une réserve cependant doit être faite toutefois, une localisation secondaire pouvant survenir, localisation grave, mortelle parfois, et d'autant plus à craindre peut-être que le début aura été marqué par un épisode fébrile bruyant, ou que l'enfant est porteur d'une adénopathie médiastinale haute, ou de tuberculose externe — signe de généralisation.

Est-ce un nourrisson ? Nous devons tout d'abord nous reporter aux règles formulées par MM. Léon Bernard et Debré et étudiées ensuite par M^{lle} Odier qui, ayant suivi à ce point de vue 300 enfants de l'œuvre du Placement Familial des Toutpetits conclue en ces termes. « Leur observation poursuivie pendant plusieurs années confirme la très grande valeur de ces lois. »

I. RÈGLE DE L'ÂGE. — Pour une dose donnée un enfant sera d'autant plus sensible qu'il sera plus jeune ou si l'on veut de poids moins élevé.

II. RÈGLE DE LA DURÉE DU CONTACT. — Plus un contact est prolongé, plus la tuberculose est grave.

III. RÈGLE DE L'INTIMITÉ DU CONTACT ET DE SA RICHESSE EN BACILLES. — Le contact sera d'autant plus dangereux que le contaminateur distribuera les bacilles avec plus d'abondance et qu'il s'occupera plus intimement de l'enfant.

IV. RÈGLE DE LA DURÉE DE LA PÉRIODE ANTÉ-ALLERGIQUE. — Chez le nourrisson comme chez le cobaye, la gravité de la tuberculose est inversement proportionnelle à la durée de la période anté-allergique.

Pratiquement cette règle est très rarement applicable. En effet, il est exceptionnel que l'on puisse saisir le moment où d'une part l'enfant est contaminé et d'autre part où la cuti-réaction devient positive.

V. RÈGLE DE LA DURÉE DE LA SURVIE APRÈS CESSATION DU CONTACT. — Un nourrisson dont la tuberculose est restée latente au moins 6 semaines après cessation du contact a de grandes chances de survie durable.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un nourrisson tuberculisé on pourra donc, grâce à ces lois, déjà établir un pronostic sur des données étiologiques. Il faudra le compléter par l'étude clinique de l'enfant et son examen radiologique. Le diagnostic de la forme

spléno-pneumonique ou broncho-pneumonique, devant en général emporter le pronostic.

De nombreux éléments entreront donc en ligne de compte pour ce pronostic et feront de chaque éventualité un cas d'espèce.

Le pronostic d'avenir de l'enfant tuberculisé nous semble à l'heure actuelle, encore bien obscur.

Il est bien difficile de dire si la guérison, une fois acquise sera définitive ou ne traduira au contraire, que le sommeil d'une affection toujours prête au réveil.

D'après les recherches de Denoyelle sur « L'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte » (*Thèse de Paris*, 1925), c'est bien souvent dans l'enfance que l'on retrouve le contact infectant. Les causes favorisantes, écrit-il « ne sont que l'occasion d'un réveil, mais la maladie a une source plus profonde, plus ancienne : elle est presque toujours facteur de l'infection de l'enfance qu'on retrouve dans près de la moitié des cas, mais qui dans l'autre moitié a dû échapper bien souvent ».

Et en effet, que s'est-il passé au moment de la contamination ?

Le malade adolescent ou adulte, n'a-t-il pas autrefois, au moment de son invasion par le bacille tuberculeux, réagi à la façon des enfants que nous avons observés ? et inversement, ces enfants que nous avons vu guérir ne vont-ils pas plus tard après un long intervalle libre de plusieurs années, se réveiller un jour « phthisiques » tousseurs et cracheurs de bacilles ?

Nous ne saurions répondre. Notre pronostic, chez ces enfants bacillosés et porteurs d'une lésion pulmonaire sera donc un pronostic de lendemain laissant pour l'avenir lointain des réserves au sujet du développement possible d'une tuberculose pulmonaire de l'adolescence ou de l'âge adulte.

IX

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

I. — DÉPISTAGE

Avant de pouvoir traiter le mal, il faut le découvrir; ce rôle revient aux Dispensaires, aux infirmières d'hygiène sociale, aux médecins d'école. Combien il serait souhaitable que tout médecin inspecteur, convaincu de la fréquence de cette tuberculose occulte, convaincu de l'importance primordiale de son diagnostic, puisse trouver à sa disposition, les moyens de la découvrir : un flacon de tuberculine et un appareil de radiographies !

Les frais de cette organisation seraient élevés, mais ne seraient-ils pas compensés par l'économie d'envoi en préventorium de tous ces enfants atteints de végétations adénoïdes, ou de troubles digestifs, qui ne sont pas tuberculeux, et considérés pourtant comme tels; ne seraient-ils pas compensés par les bienfaits qui en résulteraient pour l'enfant véritablement atteint et trop souvent oublié ?

Aucun moyen de dépistage ne devra être négligé. La tuberculose externe, par exemple, pourra être le symptôme révélateur.

L'histoire de la famille Lanisc... de nos observations, est à ce sujet bien suggestive : la mère amène un jour à la consultation son plus jeune enfant âgé de 2 ans pour une tuméfaction du doigt apparue quelques temps avant. Le diagnostic de spina ventosa est posé. L'enfant est alors radiographié; son image thoracique est normale. Mais on ne s'en tient pas là; les 2 frères du petit malade sont convoqués.

Le second Jean 7 ans, Obs. LVIII, est atteint d'un foyer hilaire.

L'aîné de 9 ans, Obs LIX, est atteint d'un petit foyer de la base

droite, se continuant avec un foyer hilaire droit et un aplatissement du diaphragme du même côté.

On recherche le contaminateur : L'interrogatoire fait tomber les soupçons sur le père ; celui-ci à son tour est examiné et reconnu bacillère.

Ainsi une légère tuméfaction du doigt, chez un petit enfant a fait découvrir toute une famille de tuberculeux.

On ne saurait trop avoir l'œil ouvert pour dépister parfois sur des manifestations minimes, ce mal sournois auquel on doit toujours penser.

II. — PROPHYLAXIE

Une source de contamination étant connue, il faut avant tout protéger le nourrisson qui serait susceptible d'être en contact avec le sujet bacillifère, il y aura donc lieu de vacciner ce nourrisson au B C G. Nous irons plus loin comme un contact court, nous l'avons vu, est suffisant pour bacilliser l'enfant, et que les hasards de la vie peuvent amener un enfant d'un milieu sain, à vivre, ne fût-ce que quelques jours, avec un tuberculeux, il nous semblerait prudent d'étendre cette vaccination à tout sujet venant au monde. Et à ce propos nous ne saurions trop mettre en garde les parents indemnes de toute atteinte bacillaire, contre ces contacts accidentels et risquant de passer inaperçus qui peuvent en quelques jours nous l'avons bien vu, permettre l'éclosion d'une tuberculose dont les conséquences immédiates peuvent être si graves et les suites lointaines encore dangereuses. Si l'enfant est déjà contaminé et même s'il est vacciné, il faut craindre la surinfection.

MM. Robert Debré et H. Bonnet ont démontré en médecine expérimentale, qu'une fois la période ante-allergique terminée, l'animal est réfractaire aux surinfections.

Mais jusqu'à quel point l'enfant présentant une cuti positive se comporte-t-il comme l'animal, et reste-t-il immunisé ? Jusqu'à quelle limite de surinfection pourra-t-il résister ?

Pour Cordey l'allergie est d'autant moins immunisante qu'elle est plus récente et en matière de surinfection l'opinion généralement admise est en faveur de son danger.

Si l'on veut bien examiner attentivement les faits, on aboutit à cette conclusion que la primo-infection tuberculeuse est rarement mortelle, et rarement progressivement évolutive chez l'enfant et chez le nourrisson; ce qu'il y a de dangereux, ce sont les réinfections (Dufour) et Lemaire a dit : « Notre observation personnelle nous a montré que les nourrissons qu'on laisse en contact avec l'agent contagieux meurent dans la proportion de 63 p. 100 alors que le taux de la mortalité chez les enfants contaminés, mais séparés rapidement n'est que de 4,5 p. 100. » Ce sont là des chiffres analogues à ceux fournis par Comby (50 p. 100 et 3 p. 100). On comprend ainsi le bienfait des œuvres qui réalisent la séparation du nourrisson tuberculisé d'avec ses parents cracheurs de bacilles.

La règle de la durée du contact de MM. L. Bernard et Debré est bien en harmonie avec ces statistiques et nous pensons qu'il faut tout craindre d'un contact répété, journalier, même chez des enfants présentant déjà des manifestations de tuberculose.

Le premier stade du traitement, sera donc, surtout chez le nourrisson, mais aussi chez l'enfant plus âgé, avant tout un acte de prophylaxie : *la séparation*.

III. — TRAITEMENT

Mettre l'enfant au repos physique et intellectuel, surtout au grand air, au soleil, dans les meilleures conditions d'hygiène possibles, tel est, nous semble, le meilleur moyen de favoriser la régression d'un foyer pulmonaire qui de lui-même a déjà les plus grandes tendances à rétrocéder. Tel a été le traitement employé chez les enfants de la consultation avec des résultats si encourageants.

Pour certains auteurs, Dufour en particulier, le fait d'envoyer en montagne les sujets ayant été atteints de typho-bacillose, semble souvent les protéger contre les localisations ultérieures, généralement redoutées.

Pour certains auteurs, une médication plus active doit être préconisée; c'est ainsi que selon Armand-Delille le pneumothorax

artificiel doit être le traitement de choix, chez les petits tuberculeux. « Si on peut reconnaître, écrit-il, les localisations de la tuberculose sur le poumon de l'enfant alors qu'elles occupent encore un foyer limité, on aura la possibilité d'intervenir par le pneumothorax artificiel qui donne de si beaux résultats curatifs. »

Nous ne croyons pas qu'il faille appliquer ce traitement, qui n'est pas inoffensif, systématiquement à tout enfant dont le poumon est atteint. Que dans les cas de tuberculose évolutive ce procédé de traitement ait pu donner des résultats remarquables, cela n'est pas douteux ; mais il nous semble que son emploi doive être réservé à ces formes qui n'ont d'elles-mêmes aucune tendance à la régression ; le tout est d'en faire le diagnostic à temps.

Dans les autres cas, mieux vaut laisser agir la nature.

C'est donc presque toujours à l'action vivifiante de l'air de la campagne, et mieux encore de la montagne, au grand calme intellectuel, à ce mélange d'exercice et de repos physique réalisé dans les préventoriums, que nous aurons recours pour rendre la santé à ces petites victimes d'un des plus grands maux actuels.

RADIOGRAPHIES



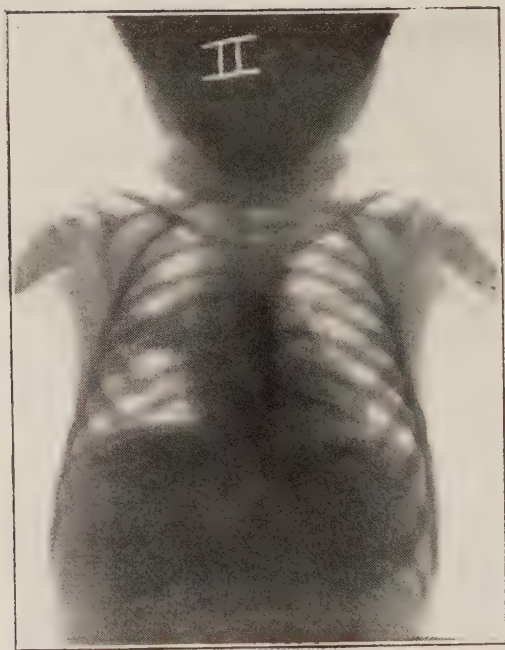
Coul... Dorothée (Obs. XX), 29 avril 1929.

Volumineux foyer de la partie moyenne du poumon droit. Ombre d'adénopathie latéro-trachéale droite. Enfant de 5 ans. Long épisode fébrile 1 mois plus tôt.



Coul... Dorothee, 45 mai 1934.

Le foyer pulmonaire a nettement régressé. On ne voit plus l'ombre ganglionnaire. Très bon état général.



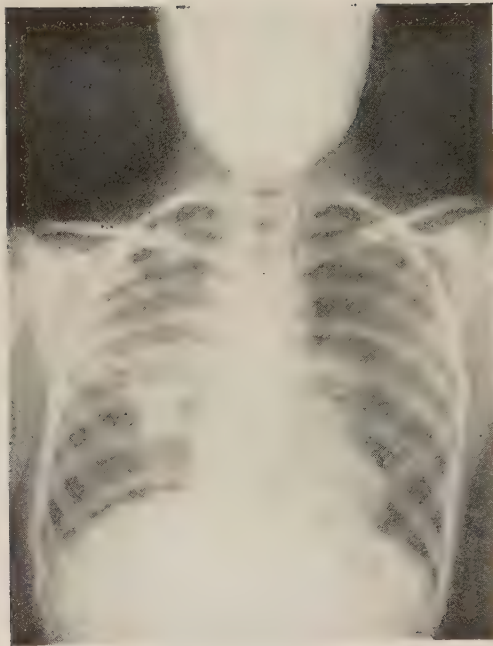
Charp... Jacqueline (Obs. XXII), 30 janvier 1931.

Ombre homogène en bande à la partie moyenne du poumon droit. (Enfant de 2 ans 1/2 dont la cuti est devenue positive quelques jours avant.)



Charp... Jacqueline, 26 mars 1931.

L'ombre s'est étendue nettement. (Enfant à aspect excellent.)



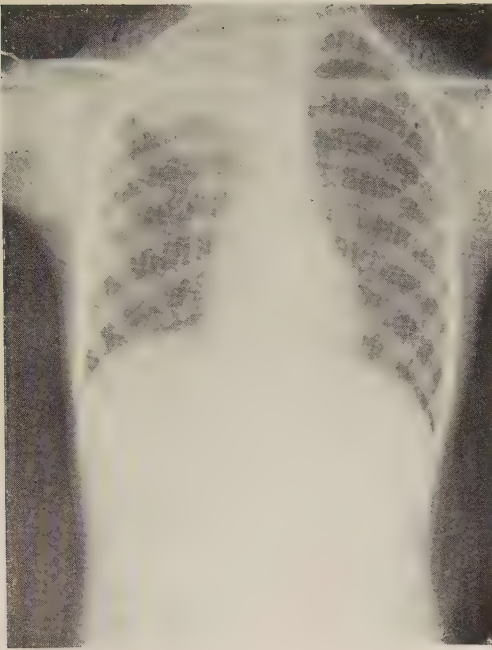
Derl... Jean (Obs. XXIII), 19 juin 1928.

Ombre paravertébrale droite s'étendant vers la partie moyenne du poumon. Ligne de scissure. Ombre d'adénopathie latéro-trachéale droite. Enfant de 8 ans. Fièvre depuis 9 mois.



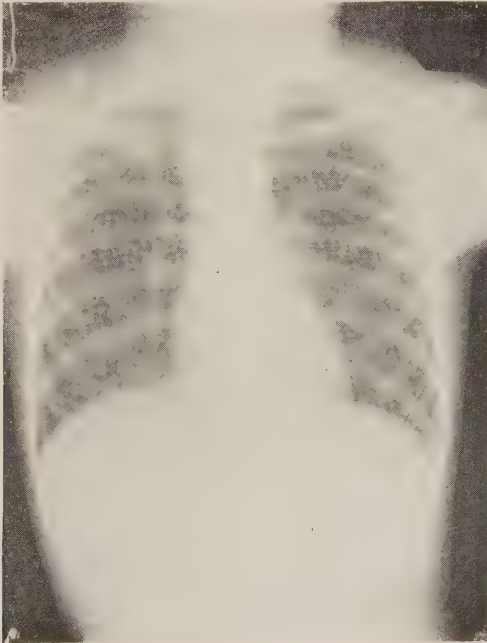
Derl... Jean, 6 mai 1931.

L'ombre pulmonaire et la ligne de scissure ont disparu. On voit des dépôts calcaires former le pourtour de l'ombre ganglionnaire. Bon état général.



Jolli... Odette (Obs. LIII), 15 octobre 1929.

Ombre homogène du lobe supérieur droit. Enfant de 8 ans ayant présenté 1 mois plus tôt une période de fièvre élevée. Toux et râles humides.



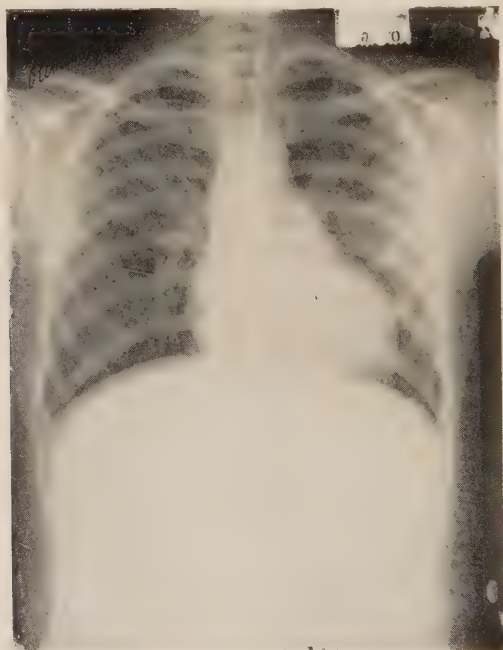
Jolli... Odette, 2 février 1931.

L'ombre pulmonaire a presque disparu. L'image ganglionnaire persiste. Bon état général. Pas de toux. Malité du sommet.



Oliv... Jean (Obs. LXXX), 26 octobre 1929.

Gros foyer hilaire droit se prolongeant vers les lobes moyen et inférieur. Enfant de 8 ans. Episode fébrile et toux. Auscultation normale.



Oliv... Jean, 29 décembre 1931.

Le hile droit semble seulement un peu plus chargé que normalement. Excellent état général.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose pulmonaire de l'enfant apparaît comme très fréquente si l'on ne se contente pas de l'examen clinique, mais si l'on pratique systématiquement des examens radiologiques.

II. — La source de contamination est le plus souvent connue.

III. — Le contact avec le sujet bacillaire peut être court, une vie en commun durant quelques jours peut suffire non seulement pour bacilliser l'enfant, mais pour déclancher un processus morbide.

IV. — L'incubation, ou plus exactement la période anté-allergique, peut, dans quelques cas de contact court, être mise en évidence. Elle s'est montrée de 5 à 8 semaines dans les 6 cas où nous avons pu la déterminer.

V. — Les symptômes cliniques peuvent être importants, frustes ou nuls.

Le début se fait parfois à grand fracas, par une fièvre élevée et durable qui peut être isolée ou s'accompagner de troubles digestifs, de signes pulmonaires fonctionnels et physiques, d'amaigrissement (1/5 de nos cas) ou par un érythème noueux (4 cas sur 109).

Dans d'autres cas, le début est larvé n'étant marqué que par une période de fatigue avec amaigrissement, ou une fièvre légère et peu durable (1/5 de nos cas).

Dans les 2/3 de nos cas, enfin, le début est latent ou si peu marqué qu'il passe inaperçu ou demeure impossible à préciser.

Dans le cours de la maladie, il est des cas où aucun signe clinique n'apparaît. L'enfant a toujours paru en bonne santé, l'examen clinique reste négatif; seul, l'examen radiologique révèle la lésion (1/5 de nos cas).

Au contraire, les SIGNES GÉNÉRAUX peuvent, pendant une période, être très importants ou assez marqués pour attirer l'attention nettement (fièvre élevée, fièvre durable, amaigrissement, hypotrophie): la moitié de nos cas.

Parfois, les SIGNES FONCTIONNELS occupent une place prépondérante dans la symptomatologie par leur ténacité ou leur intensité, (toux persistante, ou toux coqueluchoïde et cornage du nourrisson): le quart de nos cas.

Dans les 2/3 de nos cas, qu'il y ait ou non des signes généraux ou fonctionnels, l'examen clinique ne montre AUCUN SIGNE STÉTHACOUSTIQUE.

Parfois des SIGNES DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION (matité, diminution du murmure vésiculaire) s'associent aux signes fonctionnels et généraux, ces signes d'ailleurs restant discrets (1/3 de nos cas).

LES SIGNES RADIOLOGIQUES occupent la première place dans la symptomatologie. Ils se manifestent soit par une ombre hilaire souvent arrondie, soit par un foyer homogène en bande ou en triangle couvrant une partie du champ pulmonaire. Ces lésions sont pratiquement toujours unilatérales et correspondent probablement au point de vue anatomique à un foyer congestif et à une lésion du type spléno-pneumonique.

Beaucoup plus rarement, l'examen radiologique montre une ombre floue, nuageuse, étendue, mal limitée qui peut être bilatérale correspondant probablement au point de vue anatomique, à une infiltration tuberculeuse du type broncho-pneumonique.

A ces signes peuvent s'ajouter :

1^o Une image arrondie supra-cardiaque siégeant le plus souvent à droite, à côté de la trachée; c'est une adénopathie latéro-trachéo-bronchique, très visible, ou :

2^o Des signes pleuraux de scissurite ou de pleurite de la base avec aplatissement du diaphragme.

VI. — La forme spléno-pneumonique fréquente chez le nourrisson ($\frac{3}{4}$ de nos cas) et constituant la règle chez l'enfant plus grand évolue naturellement vers la régression et la guérison. L'évolution de la forme broncho-pneumonique assez fréquente chez le nourrisson (le quart de nos cas) tend vers l'envahissement progressif et la mort.

VII. — Le diagnostic est basé sur la notion du contact, la réaction tuberculinique, les signes cliniques et surtout les signes radiologiques ; ces symptômes ayant une valeur presque absolue du fait de leur association et de leur durée. Ils sont corroborés parfois par les signes bactériologiques. Le diagnostic différentiel se pose surtout au début avec les maladies du groupe typhique et les affections aiguës du poumon : pneumonie et broncho-pneumonie, à la période d'état avec toutes les causes chroniques de diminution de vitalité de l'enfant.

VIII. — Le pronostic dépendra de la forme anatomique de la lésion. Il sera le plus souvent bon chez l'enfant, avec une restriction au sujet d'une localisation secondaire grave possible et une réserve au sujet de l'avenir lointain qui est inconnu. Chez le nourrisson, le pronostic basé sur les règles de MM. Léon Bernard et Robert Debré et sur la symptomatologie sera réservé, dépendant de plusieurs conditions qui font de chaque éventualité, un cas d'espèce.

IX. — La prophylaxie est basée :

1° Sur le dépistage pour lequel les dispensaires, les médecins et les infirmières d'écoles devront jouer le premier rôle, s'ils sont outillés suffisamment.

2° Sur la séparation de l'enfant du foyer de contamination, l'isolement et la vaccination BCG.

X. — Le traitement sera avant tout fondé sur les prescriptions de l'hygiène : repos, bonne alimentation, lumière et grand air.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND-DELILLE. — Les formes initiales de la tuberculose pulmonaire de l'enfant (*La Semaine des hôpitaux de Paris*, 31 mai 1930).
- Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant (*Journ. de Méd. de Paris*, 1926).
- et LESTOCQUOY. — Le contrôle anatomique des radiographies dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant (*Société de Pédiatrie*, 22 janvier 1929).
- Le pneumothorax bilatéral simultané dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant (*Le Monde médical*, 1^{er} mai 1928).
- La tuberculose des écoliers (*Les Échos de la Médecine*, septembre 1930).
- et LESTOCQUOY. — La tuberculose chez les écoliers (*Pédiatrie*, décembre 1930).
- Leçons cliniques sur la tuberculose de l'enfance (*Journ. de Méd. de Paris*, août 1927).
- BERNARD (Léon) et DEBRÉ. — L'infection tuberculeuse du nourrisson et sa prophylaxie (*Ann. de Méd.*, mai 1923, t. XIII, n° 5).
- BEZANÇON et PHILIBERT. — Pathologie médicale. Tuberculose. Paris, Masson, 1926.
- BROCA. — L'asthme de l'enfant (*Thèse de Paris*, 1925).
- CHAUDIER. — La tuberculose pulmonaire de l'enfance (*The Brit. Med. journal of Child. Disease*, janvier-mars 1925).
- CORDEY. — Étude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance (*Thèse de Paris*).
- CORNET. — Étude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire infantile par le pneumothorax artificiel (*Thèse de Paris*, 1922).
- DEBRÉ et CORDEY. — Étude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance (*Revue Française de Pédiatrie*, t. I, n° 2, 1925).
- BERNARD, LELONG. — Résultats de la prophylaxie antituberculeuse chez le petit enfant (*Bull. et Acad. de Méd.*, 1925, p. 299).
- et LAPLANE. — Étude clinique du début de la tuberculose humaine (*Presse médicale*, février 1924).
- et JOHAMON. — La forme floride de la tuberculose du nourrisson (*Ann. de Méd.*, t. XI, avril 1922).
- et JACQUET. — Le début de la tuberculose humaine (*Ann. de Méd.*, 1929, t. VII, n° 2, p. 122).
- et MARTIGNY-GAGEY (M^{me}). — Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (*Revue de la tuberculose*, t. XII, juin 1931).

- (R.) et SENOZE. — Sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse secondaire (*Revue Française de Pédiatrie*, t. III, n° 6, 1927).
- DELCOMINÈTE et LEMALLE. — La tuberculose chez les écoliers (*Le Progrès médical*, 20 septembre 1930).
- DENOYELLE. — Etude sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte (*Thèse de Paris*, 1925).
- DETRE. — Le radiodiagnostic de la tuberculose biliaire chez l'enfant (*Journal de radiologie et d'électrologie*, mai 1927, t. XI).
- DUFOUR. — Les formes florides de la tuberculose ganglionnaire pulmonaire de l'enfance (*L'Hôpital*, janvier 1927).
- La primo-infection et réinfection tuberculeuse chez l'enfant (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 février 1931).
- EDITORIAL. — La tuberculose de l'enfant (*Journal des Praticiens*, 4 juin 1927).
- ELIASBERG et NEULAND. — Die Epituberkulöse infiltration der Lunge bei tuberkulösen säuglingen inn Kindern (*Jahrb. für Kind.*, 1920).
- GÉRARD. — Le pronostic de la tuberculose chez le tout jeune enfant (*Gazette médicale de Picardie*, janvier 1928).
- GIBSON CARROLL. — Tuberculose pulmonaire parenchymateuse chez les enfants (*Amer. Rev. Tuberc.*, juin 1927).
- GIRAUD. — La tuberculose à foyers micro-nodulaires disséminés et la conception moderne de la « granulie » (*Monde médical*, 1^{er} février 1932).
- HARBITZ. — Tuberculose infantile (*Amer. Journ. of disease of Children*, n° 3, march 1927).
- HUTINEL-LEREBoulLET. — Les étapes de la tuberculose dans l'enfance (*Cong. de la tuberc.*, 1926).
- KOCH. — La fièvre du début de la tuberculose (*Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 1913, n° 13, p. 89).
- LAPLANE (M^{me}). — La spléno-pneumonie tuberculeuse dans la petite enfance (*Thèse de Paris*, 1927).
- LA QUERRIÈRE. — A propos des signes radiologiques de la tuberculose du début chez l'enfant (*Journ. de radiologie et d'électrologie*, septembre 1926).
- LEBENTAL. — La tuberculose du premier âge (*Thèse de Paris*, 1929).
- LEG'GETT, HUTCHINSON, MYERS. — Studies on tuberculosis of infancy and Childhood (*Amer. rev. tubercul.*, XIV, 1926).
- LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux (*Thèse de Paris*, 1925).
- LEMAIRE. — Le pronostic de la tuberculose dans la première enfance (*La Prat. méd. Franç.*, février 1929).
- LEREBoulLET. — Tuberculose infantile et hérédité (*Progrès médical*, 3 février 1923).
- LESTOCQUOY. — La lobite tuberculeuse de l'enfant (*La Prat. méd. Franç.*, février 1928).
- LETONDAL. — Tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfance à évolution lente (*L'Union Méd. du Canada*, avril 1927).
- LEVONSON. — Tuberculosis in Children (*Arch. of Ped.*, juillet 1928).
- LIPPMANN. — Tuberculose juvénile marquée (*Lancet*, janvier 1927).
- MAGAT. — La morbidité et la mortalité tuberculeuse chez les enfants vaccinés ou non par le BCG et soumis à la contagion (*Thèse de Paris*, 1930).

- MARFAN. — La tuberculose dans la première enfance (*Le Nourrisson*, n° 3, mai 1924, et n° 5, septembre 1924).
- Les symptômes de compression de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants du premier âge (*Journ. des Praticiens*, 26 juillet 1924).
- La tuberculose dans le premier âge. Formes généralisées (*Le Nourrisson*, n° 5, septembre 1924).
- MERIT. — Tuberculosis in infants under one year of age (*Amer. Journ. of diseases of Children Chicago*, septembre 1929).
- MIKULOWSKI. — Contribution à la clinique de la tuberculose fermée chez les enfants (*Arch. méd. des enf.*, n° 4, avril 1929).
- MYERS LODMELL. — The detection of the primary lesion in a group of children examined for tuberculosis (*Amer. Rev. of Tuberc.*, juillet 1925).
- MAGUERA. — Studies on tuberculosis in infancy and Childhood (*Amer. review of tuberc.*, 1925, vol. XII, n° 15).
- NOBÉCOURT. — Asthme, adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose chez les enfants (*Notes prat. d'actualités méd.*, n° 68, juillet-août 1927).
- Clinique médicale des enfants, VI, *La tuberculose* (Masson et C^{ie}, Paris, 1929).
- ODIER (M^{lle}). — La tuberculose curable du nourrisson. Les règles du pronostic (*Thèse de Paris*, 1928).
- PARISOT-SALEUR. — L'infection tuberculeuse chez l'enfant (*Paris Méd.*, janvier 1928).
- Tuberculose de l'enfant (*Paris Méd.*, janvier 1930).
- PETOT (M^{lle}). — L'adénopathie médiastinale non tuberculeuse chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1928).
- PÉHU-FAURE. — Les scissurites tuberculeuses de l'enfance (*Rev. méd. de Paris*, juin 1931).
- PÉHU. — La tuberculose médicale de l'enfance (*Journ. de Méd. de Paris*, 8 septembre 1927).
- PÉHU-BROCHIER. — Sur les scissurites tuberculeuses de l'enfant (*Paris méd.*, 18 février 1928).
- PÉHU-DUFOUR. — La tuberculose médicale de l'enfant (Paris, Doin, 1928).
- PIÉCHAUD-LAMOTHE. — Les réactions ganglionnaires dans la tuberculose chez l'enfant et chez l'adulte (*Gaz. hebdom. des soc. méd. de Bordeaux*, 6 avril 1930).
- RATHELOT. — La tuberculose du premier âge (*Gaz. des hôp.*, 15 et 22 mai 1925).
- REISMAN. — Classification of pulmonary tuberculosis in children (*Arch. of Pédiat.*, t. XLIV, 1927).
- RIBADEAU-DUMAS. — Tuberculose infantile (*Rev. franç. de Pédiat.*, octobre 1925).
- RIST et LEVESQUE. — Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse (*Gazette méd. de France*, octobre 1928).
- ROHMER. — Clinique et épidémiologie de la tuberculose infantile des bases actuelles de la lutte anti-tuberculeuse (*Concours Méd.*, 1925, p. 127).
- SCHIAVONE. — La tuberculose de la première enfance (*La Semaine méd. de Buenos-Aires*, 13, 20 et 27 février, et 6 mars 1930).

- SCHREBER. — Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose (*Concours méd.*, 1925, p. 1119).
- SHAPIRO. — Tuberculosis in infancy and childhood (*Arch. of Péd.*, mai 1928).
- STOLOFF. — Primary infection in tuberculosis (*Amer. Journ. of Chil.*, vol. XXXIII, mars 1927).
- VALARY. — A propos des formes florides de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfance et de leur traitement (*Arch. Méd. Chirurg. de Normandie*, mars 1928, p. 1554).
- VIBERT. — L'adénopathie trachéo-bronchique dans la tuberculose infantile. Etude critique (*Thèse de Paris*, 1929).
- WHEATON. — Tuberculosis in Children (*Clin. Med. and surg.*, avril 1928, p. 241).
- WORRINGEN. — La tuberculose à l'école (*Zeit. fur tuberk.*, 1926, p. 27).
-

VU :

VU :

Le Doyen :

Le Président de thèse :

BALTHAZARD.

LEREBoullet.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Zac... Edith. 7 ans 1/2, visite de prophylaxie.

A. H., parents bien portants.

Contact : inconnu.

A. P., née à terme. Développement normal.

Décembre 1929. Bronchite.

25 décembre 1930. L'enfant est alitée pendant 15 jours; — fièvre à 38° tous les jours; — amaigrissement; — toux en quinte.

30 janvier 1931. Première visite au Dispensaire, 7 ans 1/2. Enfant pâle et maigre; — examen pulmonaire négatif, cuti +.

Radiographie : petit foyer hilaire droit avec ligne de scissurite; — diaphragme droit aplati.

9 octobre 1931. — Depuis janvier se porte bien, ne tousse pas.

Radiographie : image thoracique normale.

OBSERVATION II

An... Roland, est amené à la consultation pour une période de fièvre d'une dizaine de jours.

Parents inconnus; — parents adoptifs bien portants.

Contact : non retrouvé.

A. P., enfance normale. Plusieurs cuti ont été faites, toutes négatives. Dernière cuti négative le 26 octobre 1931. L'enfant part à la campagne chez des paysans; il y reste 2 mois.

Le 24 décembre, il revient à Paris : à ce moment il présente de la fièvre à 40°2, de la polypnée, du battement des ailes du nez. Il aurait présenté des râles bulleux à droite. On a fait le diagnostic de broncho-pneumonie.

14 janvier 1932. L'enfant vient au Dispensaire (2 ans). Il est convalescent mais encore très fatigué. L'accès de fièvre a duré 10 jours à 38 et 39°. L'enfant est encore subfébrile. Mais c'est un très bel enfant, très gai. Il a toussé, mais il tousse moins. Examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : ombre en bande homogène du lobe moyen du poumon droit. Adénopathie latéro-trachéale droite.

OBSERVATION III

Aub... Alice, 14 mois, est amenée pour une visite de prophylaxie.

Contact : pendant le premier mois de sa vie avec un grand-père, tuberculeux avéré.

A. P., enfant née à terme. Cuti $\pm$ à 10 mois.

Mars 1929. Vient au Dispensaire, 14 mois, poids : 8 kg, 250; — aucun signe fonctionnel; — examen négatif.

Radiographie : ombre homogène des 2/3 supérieurs du poumon gauche.

27 mai 1929. L'ombre pulmonaire est moins étendue; — le sommet est dégagé.

Mai 1931. *Radiographie* : l'ombre pulmonaire a presque complètement disparu; — il reste une ombre de la région hilare gauche.

26 décembre 1931. *Radiographie* : une arborisation hilare gauche un peu chargée est le seul reliquat du foyer.

OBSERVATION IV

Bar... Ernest, 5 ans. — Grand'mère : a eu une coxalgie; est guérie; — grand-père : tuberculeux mort avant la naissance de l'enfant; — mère : érythème induré de Bazin; — père : toussé et crache; — oncle : tuberculeux, hospitalisé.

Contact : avec son oncle. Contact journalier depuis naissance jusqu'en décembre 1930 (oncle reconnu tuberculeux en septembre 1930).

A. P., aucune maladie d'enfance sauf des « bronchites » (?) à répétition.

Mars 1931. L'enfant vient au Dispensaire : 5 ans. Depuis le mois de janvier, l'enfant toussé et maigrit; il a eu de la fièvre pendant 8 jours. La température est montée jusqu'à 39°-9; — enfant encore fatigué, pas d'appétit, pas de fièvre; — signes de bronchites unilatérale à gauche cuti $\pm$.

Radiographie : gros foyer opaque du lobe moyen gauche étendu du cœur à la paroi; — scissurite.

11 mars. Respiration douloureuse; — toux douloureuse, les râles ont disparu; — matité et silence.

10 avril. Amélioration de l'état général.

Radioscopie : persistance de l'ombre.

OBSERVATION V

Bat... Jean, amené au Dispensaire pour cornage et toux, père et mère bien portants.

Contact : très douteux. — Le père et la mère de la sage-femme chez qui la mère a accouché sont morts de tuberculose.

A. P., poids de naissance : 4 kilogrammes. — BGG. A 2 mois gêne respiratoire qui continue malgré l'ablation des végétations; — commence à tousser; — toux quinteuse.

30 décembre 1929. L'enfant vient au Dispensaire, 3 mois; — poids : 5^{kg},950; — pas de fièvre; — toux dysphonique; — tirage; — cornage; — examen négatif; — cuti +.

Radiographie : Diminution de transparence du lobe supérieur droit; — ombre para-hilaire inférieure droite; — adénopathie latéro-trachéale droite.

Diagnostics envisagés : corps étranger; — adénopathie; — laryngite sous-glottique.

15 janvier 1930. Voix enrouée; — toux voilée; — otite.

Radiographie : adénopathie latéro-trachéale; — diminution de transparence du lobe supérieur droit; — foyer para-hilaire augmenté; — ligne de scissurite.

20 juin 1930. Poids 7^{kg},500 (9 mois). A eu la coqueluche; — cornage disparu; — toux dysphonique; — rate palpable; — gomme à la partie postérieure de la jambe droite et à la face externe du genou gauche; — matité de l'espace interscapulo-vertébral à droite.

Radiographie : l'ombre du lobe supérieur a disparu; — gros foyer du lobe inférieur droit; — ligne de scissurite; — adénopathie latéro-trachéale droite.

25 janvier 1932. Très bien portant 15^{kg},600 (29 mois). Les signes fonctionnels ont disparu à l'âge de 1 an; — gommes guéries; — rate normale; — examen pulmonaire normal.

Radiographie : normale.

• OBSERVATION VI

Bec... Raymonde, 3 ans, est amenée à la consultation pour une visite de prophylaxie; — père et mère bien portants; — grand-mère morte de tuberculose à l'hôpital le 19 mai 1930.

Contact : 1° A été de septembre 1929 à mars 1930 chez une personne tuberculeuse; 2° A vu sa grand-mère journellement depuis mars 1930 jusqu'au 6 mai 1930.

A. P., née à terme. Poids : 3^{kg},750. Avril 1930, rougeole.

16 mai 1930. L'enfant vient au Dispensaire, 3 ans; — poids 11 kilogrammes; — mauvais état général; — anorexie; — l'enfant serait fiévreuse; — toussé depuis des mois; — examen clinique négatif; — cuti +.

Radiographie : foyer hilaire droit; — scissurite; — séjour à la campagne pendant 1 an.

15 janvier 1932. Enfant encore fatiguée et anorexique; — toussé toujours; — examen négatif.

Radiographie : la ligne de scissurite a disparu. Hile : droite : il reste une arborisation à peine plus marquée qu'à l'état normal.

OBSERVATION VII

Berti... Liliane, 6 ans 1/2 est amenée au Dispensaire parce qu'elle tousse et maigrit depuis plusieurs mois.

A. H., père, mère bien portants; — pas de parents bacillaires dans la famille.

Contact : Un voisin est mort tuberculeux en avril 1931. L'enfant a été en contact intime avec ce voisin de février à avril 1931.

A. P., enfant née à terme, 3 kilogrammes. Rougeole à 3 ans.

9 novembre 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 6 ans 1/2. Au mois de juin elle a eu de la fièvre. Depuis ce mois de juin elle se plaint de fatigue; — elle a des poussées de fièvre presque toutes les semaines; — elle a maigri, pèse 19^{kg}, 500; — toux légère et céphalée; — examen négatif; — cuti +.

Radioscopie : Foyer opaque hilaire et para-hilaire droit.

15 décembre 1931. Depuis novembre ne va plus à l'école et n'a plus de fièvre; — l'enfant tousse beaucoup, surtout depuis une semaine.

15 janvier 1932. *Radioscopie* : même image.

OBSERVATION VIII

Biau... Maurice, 1 an.

A. H., père et mère bien portants.

Contact : aurait été contaminé en nourrice, où il est resté jusqu'à l'âge de 6 mois.

A. P., poids de naissance 3 kilogrammes.

7 mois : « insolation » (?) fièvre pendant quelques jours hospitalisé 1 mois; — guérison.

10 mois; Cuti +; — radiographie normale; — est de nouveau malade : un peu de fièvre avec toux; — cornage; — est de nouveau hospitalisé, on fait le diagnostic d'asthme.

Examen du spécialiste d'otorkinolaryngologie : négatif.

10 octobre 1928. L'enfant est amené au Dispensaire : 1 an; — pèse 6^{kg}, 700; — pas de fièvre; — anorexie; — cornage expiratoire; — crises de suffocation; — toux coqueluchoïde sans vomissements; — Voix bitonale. Poumons : Sonorité normale; — râles ronflants et sibilants.

Radiographie : ombre homogène de tout le lobe moyen droit.

20 octobre. Cornage; — toux; — râles sibilants; — matité; — rate grosse.

7 novembre. A maigri de 200 grammes; — fièvre (38 et 39°); — cornage plus accentué; — quintes coqueluchoïdes violentes.

Radiographie : envahissement des $\frac{3}{4}$ du poumon droit.

14 décembre 1928. État général meilleur. N'a plus de fièvre ; — cornage disparu ; — A la partie supérieure du poumon droit : matité ; retentissement du cri.

1^{er} février 1929. Peu de tirage et de cornage ; — rate moins grosse.

Radiographie : grosse ombre des lobes inférieur et moyen et paramédiastinale ; — part à la campagne.

Octobre 1930. Poids 11 kilogrammes (3 ans) ; — bon aspect ; — rate non perceptible ; — petite gomme au poignet gauche en voie de cicatrisation ; — examen négatif.

Radiographie : l'ombre pulmonaire a disparu ; — persistance d'une adénopathie latéro-trachéale droite.

OBSERVATION IX

Bod... Rolande, 7 ans, est amenée au Dispensaire parce qu'elle tousse continuellement.

A. H., père et mère bien portants. Grand-père : bronchite chronique (non examiné).

Contact : pas de contact évident ; mais l'enfant voit son grand-père plusieurs semaines par an.

A. P., poids de naissance 2 ^{ks}. 200 ; — tousse tous les hivers ; — a eu la coqueluche, la rougeole, la varicelle. A 6 ans opérée des végétations ; — continue à tousser.

Avril 1930. L'enfant est amenée au Dispensaire, 7 ans. Légère fièvre assez souvent ; — amaigrissement (a perdu 300 grammes en 1 mois) ; — anorexie ; — nervosité ; — tousse ; — examen négatif ; — cuti +.

Radiographie : héli-diaphragme droit aplati et irrégulier petit foyer à gauche.

27 juin 1930. L'enfant a pris 650 grammes. Ne tousse pas. Auscultation normale.

Radiographie : les 2 diaphragmes sont irréguliers ; — petite tache à la base gauche.

Mai 1931. Très bon état général ; — ne tousse pas depuis 1 an.

Radiographie : Atténuation de l'ombre ; — diaphragme moins irrégulier.

4 décembre 1931. A passé 4 mois à la campagne.

Radiographie : les 2 diaphragmes restent aplatis ; — petite ombre douteuse base gauche.

OBSERVATION X

Bog... Sélian, 9 ans, est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie ; — aucuns renseignements sur les parents qui vivent en Amé-

rique; — grand'mère vit à Paris, tuberculeuse; — (BK, dans les crachats; — pneumothorax en cours).

Contact : depuis le début de mars 1931, l'enfant est arrivée d'Amérique et vit chez sa grand'mère.

A. P., aucuns renseignements.

5 mai 1931. L'enfant vient au Dispensaire 9 ans; — très bien portant en apparence 29^{kg},800; — aucun signe fonctionnel; — examen négatif; — cuti +.

Radiographie : foyer de la région hilare droite; — l'enfant repart en Amérique.

OBSERVATION XI

Bon... Georges, 6 ans est amené pour une visite de prophylaxie.

A. H., mère atteinte de tuberculose pulmonaire depuis janvier 1930; — hémoptysies; — décédé le 17 juin 1930; — père décédé; — infiltration bilatérale le 30 septembre 1930.

Contact : A vécu avec ses parents jusqu'en avril 1930, puis avec son père à partir de juillet 1930.

A. P., varicelle à 5 ans. Rougeole en mars 1930.

28 avril 1930. L'enfant vient au Dispensaire : 6 ans; — bon état général; — tousse un peu; — examen négatif; — cuti +.

Radiographie : petit foyer hilare gauche; — 2 taches calcifiées du lobe moyen gauche.

Octobre 1930. Coqueluche de 3 semaines en juin; — très bon état; — ne tousse pas; — examen négatif.

Radiographie : image analogue.

Octobre 1931. *Radiographie* : calcifications de la région hilare gauche; — il persiste 1 calcification du lobe moyen.

OBSERVATION XII

Burg... Jeanine, 2 ans est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie; — père bien portant; — mère morte de tuberculose au printemps 1929; — (8 mois de maladie).

Contact : l'enfant a vécu avec sa mère jusqu'à son décès. Elle avait alors 1 an.

A. P., enfant née à terme. Poids 3^{kg},500; — aucune maladie.

11 avril 1930. Vient au Dispensaire : 2 ans; — poids 8^{kg},750; — a des poussées de fièvre à 38° et 39°; — tousse continuellement; — anorexie; — examen négatif; — cuti +.

Radiographie : ombre étendue du cœur à l'aisselle à gauche; — ombre ganglionnaire juxta trachéale gauche douteuse.

OBSERVATION XIII

Basq... Denise, 14 mois vient pour une visite de prophylaxie.

A. H., mère bien portante; — père décédé de tuberculose en juillet 1931.

Contact : constant avec son père.

A. P., née à terme, 3^{kg}.770; — juillet 1931 (à 8 mois) a eu de la fièvre pendant plus de 15 jours; — toussait; — cuti +.

Novembre 1931. *Radiographie* : ombre occupant tout le lobe supérieur gauche.

Janvier 1932. Vient au Dispensaire, 14 mois; — poids 10 kilogrammes; — très belle enfant; — très bon aspect; — tousse un peu; — voix rauque; — léger tirage; — examen négatif.

Radiographie : accentuation de l'image précédente, — adénopathie latéro-trachéale droite douteuse.

9 janvier. Diminution de la sonorité à gauche; — retentissement de la toux à gauche; — examen de selles pas de BK.

12 janvier. Bon aspect; — examen de selles pas de BK.

26 janvier. Ne prend pas de poids.

Radiographie : envahissement bilatéral.

29 janvier. Température : 39°; — gorge : muco-pus; — conjonctivité impétigineuse; — poumons; — fosse sous-épineuse droite; — râles humides.

12 février. Chute de poids; — ascension thermique; — tubage gastrique; — présence de BK.; — dyspnée avec polypnée; — poumons : signes cavitaires.

21 février. Décès.

Autopsie : à gauche, infiltration totale du poumon (noyaux secs et durs). Cavité du sommet; — à droite, nodules saillant sous la paroi; — médiastin : gros ganglions caséeux; — cœur, rein, surrénales, normaux; — foie presque blanc; — mésentère : adénopathie mésentérique.

OBSERVATION XIV

Burl... Louis, 28 mois.

A. H., père bien portant, mère : tuberculose pulmonaire; — tousse et crache surtout depuis juin 1930 (crachats BK +); — 1 sœur, 4 ans, bien portante.

Contact : permanent avec sa mère jusqu'en novembre 1930 (27 mois).

A. P., né à terme, 3^{kg}.500.

4 décembre 1930. L'enfant entre à la crèche, 28 mois; — poids, 9^{kg}.900; — examen négatif, sauf des signes de rachitisme; — cuti +.

Radiographie : foyer hilaire droit.

Juin 1931. Amélioration du rachitisme.

Radiographie : Grosse amélioration du foyer hilaire ; — poids 11^{kg} 300 ; — part pour San Salvador.

OBSERVATION XV

Brou... René : 9 ans.

A. H., mère et père bien portants.

Contact : inconnu.

A. P., coqueluche et rougeole ; — depuis avril 1930 l'enfant maigrit ; — de temps en temps poussées fébriles à 39,5 et 40°, psndant 1 jour ou 2. Septembre 1930. L'enfant vient au dispensaire, 9 ans.

S. P., murmure vésiculaire diminué à la base droite ; — foie un peu gros ; — rate perceutable ; — cuti +.

Radiographie : Grosse ombre du hile droit se prolongeant vers le lobe moyen et vers le lobe inférieur.

18 mars 1932. Disparition presque complète de l'ombre ; — on voit la trame bronchique et quelques arborisations un peu plus épaisses que normalement.

OBSERVATION XVI

Constant, André, 7 ans, est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie ; — parents bien portants ; — oncle tuberculeux (BK + dans les crachats).

Contact : A toujours été en contact avec son oncle en particulier au moment où il était malade.

A. P., né à terme, rougeole, coqueluche. A 6 ans 1/2, oreillons.

9 juillet 1930. L'enfant vient au Dispensaire, 7 ans. Enfant fatigué, se plaignant de fatigue en marchant ; — amaigrissement ; — a des troubles intestinaux ; — fièvre souvent ; — pas de toux ; — examen négatif ; — cuti +.

Radiographie : très petit foyer hilaire gauche ; — l'enfant part en Savoie.

1^{er} octobre 1930. Enfant encore fatigué mais très amélioré ; — examen négatif.

Radiographie : le foyer hilaire gauche a nettement augmenté.

1^{er} avril 1932. L'enfant revient de la campagne ; — bon état général ; — examen négatif.

Radiographie : Foyer hilaire moins épais, on voit 1 calcification se dessiner.

23 septembre 1931. Le foyer hilaire a presque disparu.

Mars 1932. Très bien portant.

Radiographie : on voit seulement 1 calcification de la région hilaire gauche.

OBSERVATION XVII

Champ... Geneviève, 25 mois, est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie; — père bien portant; — mère morte tuberculeuse en octobre 1928, hospitalisée en mars 1928.

Contact : l'enfant a toujours vécu avec sa mère, celle-ci a commencé à tousser lorsque l'enfant avait 18 mois; et a été hospitalisée lorsque l'enfant avait 24 mois.

Mai 1928. L'enfant vient au Dispensaire, 25 mois. Poids normal; — anorexie; — ne tousse pas; — examen clinique négatif; — Cuti +.

Radiographie : foyer hilaire gauche; — petit foyer de la base droite.

Juin 1928. Prend du poids; — Matité de la base droite; — diminution du murmure vésiculaire.

Radiographie : effacement de l'ombre droite.

Octobre 1928. Très bon état; — Disparition des signes stéthacoustiques.

Radiographie : taches calcifiées du hile gauche.

OBSERVATION XVIII

Chap... Geneviève, 4 ans, est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père est mort de tuberculose (BK dans les crachats) le 20 novembre 1929. Depuis mai 1929, il est fatigué, il tousse, crache, et maigrit; — mère bien portante.

Contact : avec son père jusqu'en août 1929. Le père prenait de grandes précautions.

A. P., née à terme; — 16 mois : coqueluche. Pas d'autres maladies.

23 septembre 1929. Vient au Dispensaire, 4 ans; — bon état général; — ne tousse pas; — examen négatif; — cuti +.

Radiographie : foyer hilaire gauche.

30 octobre 1929. — *Radiographie* : amélioration sensible.

Avril 1931. — *Radiographie* : disparition de l'ombre à peu près complètement

Décembre 1931. Taches calcifiées de la région hilaire gauche.

OBSERVATION XIX

Chazal... Albert, 2 ans 1/2 est amené au Dispensaire pour mauvais état général.

A. H. parents bien portants.

Contact : l'enfant habite un hôtel où plusieurs bacillaires seraient en traitement (?).

A. P., né à terme, 7 mois, 1^{kg},350.

Juillet 1928. (2 ans) ; — coqueluche ; — amaigrissement. N'a pas bien repris.

Décembre. Otite bilatérale.

Janvier 1929. L'enfant vient au Dispensaire, 30 mois, poids : 8^{kg},130 ; — mauvais état général ; — auscultation normale ; — foie palpable ; — rate palpable ; — cuti +.

6 février 1929. Adénoïdite ; — otite double.

Radiographie : ombre hilair gauche se continuant vers le lobe moyen.

29 mars 1929 : 8^{kg},400. Auscultation : quelques râles humides à gauche.

Radiographie : persistance de l'ombre.

15 mai 1929. Poids 9^{kg},440.

OBSERVATION XX

Coul... Dorothée, 5 ans 1/2 est amenée au Dispensaire pour fièvre et diarrhée.

A. H., mère bien portante ; — père, *Radiographie* : octobre 1929. Infiltration du sommet droit.

Contact : 1° est avec son père depuis décembre 1928. 2° Va voir souvent un ami de son père tuberculeux.

A. P., née à terme, en Grèce, aucune maladie.

Le 12 décembre 1928, arrive en France, 5 ans.

Janvier 1929. « Grippe » avec diarrhée, 8 jours.

Février 1929. Rougeole.

Mars 1929. Fièvre ; — grandes oscillations (40°) ; — troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée) ; — douleurs de la fosse iliaque droite ; — amaigrissement ; — toux,

29 avril 1929. Vient au Dispensaire, 5 ans 1/2. Amaigrissement considérable. La fièvre qui a duré 1 mois a cessé ; — la diarrhée a cessé ; — la toux persiste ; — cuti +.

Radiographie : très volumineux foyer de la partie moyenne et inférieure du poumon droit ; — grosse adénopathie latéro-trachéale droite.

15 mai 1929. Amélioration ; — prise de poids ; — fièvre très légère ; — la toux persiste.

12 juin 1929. Très bon aspect ; — toux.

Radiographie : image, moins épaisse.

15 mai 1931. Bon état général ; — pas de fièvre ; touse peu ; — Grosses amygdales ; — auscultation normale.

Radiographie : disparition du foyer pulmonaire presque complète. Disparition de l'ombre ganglionnaire.

OBSERVATION XXI

Cli... Pierrette, 9 mois.

A. H., père : tuberculeux (BK+ dans les crachats) ; — mère : morte de tuberculose pulmonaire en novembre 1930.

Contact : avec sa mère les 5 premiers mois de sa vie (née en juin 1930) et avec son père jusqu'à l'âge de 9 mois.

A. P., née à terme. 2^{kg}, 220. Aucune maladie.

13 mars 1931. L'enfant entre à la crèche (9 mois). Poids 4^{kg}, 400 ; — température normal ; — léger rachitisme ; — foie un peu gros ; — rate perceptible.

Radiographie : ombre hilare droite.

18 mars 1931. Otite externe bilatérale ; — impetigo ; — fièvre à 38°.

23 mars. Enfant abattu ; — chute de poids ; — fièvre 40° ; — écoulement nasal abondant ; — gorge très rouge ; — auscultation normale.

28 mars. Décès.

OBSERVATION XXII

Charp... Jacqueline, 2 ans 1/2.

A. H., père bien portant ; — mère : bacillaire (BK dans les crachats en novembre 1930).

Contact : permanent avec sa mère depuis sa naissance (6 août 1928) jusqu'au 23 décembre 1930.

A. P., poids de naissance 2^{kg}, 400.

24 décembre 1930. Entre à la crèche (2 ans 1/2). Catarrhe nasal ; — un peu de fièvre ; — gorge rouge ; — auscultation négative ; — Cuti négative.

9 janvier 1931. *Radiographie* : normale.

16 janvier. Le poids baisse ; — la température monte (atteint 39,4).

26 janvier. Température normale ; — poids remonte. Cuti +.

31 janvier. Ombre homogène en bande à la partie moyenne du poumon droit.

23 février. *Radiographie* : épaissement de l'ombre.

13 mars. Fièvre et chute de poids. Rhino-pharyngite aiguë.

26 mars. Enfant à l'aspect floride.

Radiographie : extension du foyer pulmonaire.

28 avril. Poids 14^{kg}, 300.

Radiographie : image analogue à la précédente. L'enfant part au « Placement Familial ».

27 août. Enfant bien portant.

OBSERVATION XXIII

Clém... Paulette, 11 ans.

Aucun renseignement sur la famille et la contamination.

22 mai 1929. Vient au Dispensaire, 11 ans.

S. F. Ne tousse pas.

S. P. Examen négatif; — Cuti +.

Radiographie : calcifications région hilare droite; — calcifications base droite; — ganglion latéro-trachéal droit en voie de calcification.

OBSERVATION XXIV

Carr... Robert, 5 ans, est amené au dispensaire parce qu'il tousse; — père, bien portant; — mère, tousse un peu l'hiver et crache.

Contact : rien de précis. Un voisin est mort tuberculeux 3 ans auparavant, il crachait par la fenêtre sous laquelle jouait l'enfant.

A. P., né à terme. 3 kilogrammes. 3 ans, rougeole.

23 mars 1931. Vient au Dispensaire, 5 ans; — en janvier 1931, toux de coqueluche avec vomissements pendant 1 mois; — tousse depuis ce temps.

S. P. Auscultation : ronchus dissimulés. Cuti +.

Radiographie : Petit foyer sous la clavicule gauche, calcifications hilare gauche.

OBSERVATION XXV

Duc... Jean.

A. H., père, bien portant; — mère, tuberculose pulmonaire (BK dans les crachats); — pneumothorax en cours.

Contact : l'enfant est avec sa mère depuis sa naissance (septembre 1929), jusqu'au milieu de janvier 1931.

A. P. Poids de naissance 3^{kg},250.

En novembre 1930, à 14 mois, fièvre pendant 15 jours (38°,5) avec toux.

4 février 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 17 mois. Poids 11^{kg},800; — aspect floride; — examen négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer du lobe moyen gauche; — part pour la campagne.

1^{er} juin 1931. A pris du poids, 14 kilogrammes; — bon état général; — ne tousse pas; — examen négatif.

Radioscopie : même image.

Octobre 1931. Atteint du Mal de Pott; — part pour Berck.

OBSERVATION XXVI

Duv... Jean, 9 ans, est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., mère bien portante (scopie normale en octobre 1931); — père bien portant (scopie normale, octobre 1931); — on ne relève aucun contact bacillaire dans la famille; — une sœur, Colette (obser. XXVII).

Contact : du 14 au 26 juillet 1931 l'enfant a été en contact avec un tuberculeux avéré. Le malade toussait, crachait. a été reconnu porteur de lésions et envoyé en Sanatorium, gravement malade, peu de temps après. Le contact a été intime, le malade ayant vécu chez l'enfant de la vie de famille pendant 12 jours, sortant souvent avec lui, en voiture fermée.

A. P., maladies d'enfance : rougeole; — coqueluche en 1927; — oreillons en 1930.

Le 1^{er} septembre 1931, il fait une ascension thermique à 38°, précédée d'une période d'anorexie et de nausée, durée : 8 jours. Ne toussait pas.

Fin septembre 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 9 ans. Bien portant en apparence. Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : foyer opaque du lobe inférieur droit allant de la corne inférieure du hile au diaphragme.

4 novembre 1931. Examen négatif.

Radioscopie : même image.

OBSERVATION XXVII

Duv... Colette, 10 ans, est amenée au Dispensaire à cause d'un long épisode fibrile.

A. H., les mêmes que son frère (observation XXVI).

Contact : le même que son frère.

A. P., enfant née à terme. Développement normal; — rougeole; — coqueluche; — mastoïdite à 5 ans; — amygdalectomie.

Le 8 septembre 1931 (8 jours après la maladie de son frère) l'enfant fait brusquement une ascension thermique à 38°, sans aucun trouble. La fièvre monte à 39 et 40° pendant plusieurs jours. On pense à une typhoïde mais le séro-diagnostic est négatif. D'ailleurs il n'y a ni tufos, ni anorexie, pas de céphalée. Toux très légère. Il n'y a pas de taches rosées, pas de splénomégalie, la langue est normale.

2 octobre 1931. L'enfant vient au Dispensaire 10 ans. Examen négatif, Cuti +.

Radiographie : ombre triangulaire à base hilare étendue du cœur à la paroi au 1/3 inférieure du poumon gauche.

4 novembre 1931. La température est normale; — se porte très bien;

— a repris 4 kilogrammes ; — ne tousse pas ; — examen pulmonaire absolument négatif.

Radioscopie : image analogue.

OBSERVATION XXVIII

Delv... Pascal, 6 ans est amené parce qu'il tousse et ne prend pas de poids.

A. H., mère, pleurésie dans ses antécédents mais ne tousse pas ; — père, bien portant ; — 1 frère, 1 an, Cuti négative le 25 mai 1931.

Contact : une jeune fille morte tuberculeuse en octobre 1929 a été en contact intime avec l'enfant pendant 1 an lorsqu'il avait 3 ans.

A. P., né à terme : 3^{kg},500.

Janvier et février 1931 (6 ans), coqueluche.

Avril 1931. Épisode fébrile de 15 jours (38°,5).

27 mai 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 6 ans ; — enfant maigre et pâle ; — respire la bouche ouverte ; — tousse et crache ; — gorge rouge ; — examen pulmonaire négatif. Cuti +.

Radiographie : petit foyer sous-claviculaire et juxta-hilaire droit.

Avril 1932. Le foyer a presque complètement disparu.

OBSERVATION XXIX

Desm... Hélène, 7 ans.

A. H., père et mère bien portants. — Les 2 grands-pères toussent et crachent depuis longtemps.

Contact : un contact certain n'est pas retrouvé, mais l'enfant a pu être contaminée par un grand-père.

A. P. Janvier 1928. L'enfant de 7 ans 1/2 a une période de fatigue avec amaigrissement et toux. Est examinée à l'hôpital Bretonneau, on aurait trouvé une ombre du 1/3 moyen du poumon droit.

Mars 1929. Fièvre à 40° plusieurs jours puis à 38°, durée : 1 mois. Diagnostique : congestion pulmonaire.

Avril 1929. L'enfant vient au Dispensaire.

S. P. Examen négatif, mais grosses amygdales. Cuti +.

Radiographie : foyer hilaire droit qui semble être le reliquat du foyer ancien. Petite tache de la base droite.

Juin 1931. L'ombre hilaire a disparu ; il reste quelques taches de calcifications, une calcification de la base droite.

OBSERVATION XXX

Dev... Paulctte, 10 ans, est amenée au Dispensaire pour des troubles abdominaux.

A. H., père et mère bien portants ; — 2 frères et 1 sœur bien portants.

Contact : elle aurait été contaminée en nourrice où elle est restée jusqu'à l'âge de 6 ans. On ne trouve pas d'autre contamination mais l'enfant allait en classe.

A. P. Bronchites fréquentes ; — 8 ans, rougeole ; — 9 ans, albuminurie.

4 mai 1929. 10 ans, *erythème noueux*, durée : 3 semaines.

7 juin 1929. Vient au Dispensaire, 10 ans. Pas de signes généraux ; — ne tousse pas ; — abdomen ballonné ; — rate perceptible. Cuti +.

Radiographie : foyer hilair droit ; — petit foyer de la base droite.

24 février 1932. Se porte bien ; — examen négatif.

Radiographie : le foyer hilair est en voie de calcification ; le petit foyer de la base a régressé.

OBSERVATION XXXI

Dubou... Denise, 8 ans 1/2, est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père bacillaire. Depuis 1923, tousse et crache ; — mère tousse et crache ; — 1 frère et 1 sœur avec Cuti + et radiographie normale.

22 mai 1929. L'enfant vient au Dispensaire, 8 ans 1/2. État excellent. Ne tousse pas. Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer de la base gauche étendu du cœur au diaphragme.

OBSERVATION XXXII

Desroz... Irène, 8 ans, est amenée au Dispensaire parce qu'elle tousse et qu'elle a maigri.

A. H., mère tousse depuis plusieurs mois ; — père tousse depuis la guerre. Sa radiographie montre une lésion.

Contact : probablement avec son père.

A. P. A eu une bronchite à 4 ans, l'enfant tousse souvent depuis.

15 avril 1929. L'enfant vient au Dispensaire : 8 ans. Cuti +.

Radiographie : grosse ombre ganglionnaire latéro-trachéale droite.

15 octobre 1929. A présenté des poussées fébriles jusqu'en septembre ; en septembre : pleurésie droite séro-fibrineuse. Enfant pâle, fatiguée, anorexique. Température entre 37 et 38°. Grosse diminution du murmure vésiculaire de tout le champ pulmonaire droit.

Radiographie : grosse ombre opaque de la partie médiane des lobes moyen et inférieur.

23 décembre 1929. Depuis novembre température normale. Très bon état général. Frottements pleuraux de la base droite ; — synovite des extenseurs à l'avant-bras gauche. (Tuméfaction indolente).

Juin 1931. L'enfant est décédée de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION XXXIII

Derl... Jean, 8 ans.

A. H., père bien portant ; — mère morte de tuberculose en mars 1930
Contact : a vécu avec sa mère jusqu'en octobre 1928.

A. P. Né à terme. Aucune maladie jusqu'en 1927. En décembre 1927, (8 ans), l'enfant tombe malade ; — fièvre à 39 et 40° pendant 3 semaines ; — amaigrissement ; — toux légère. Amélioration au bout d'un mois ; puis on constate une fièvre à 38°, qui va durer jusqu'en novembre 1928. Juin 1928. Cuti +.

Radiographie : 1° ombre étendue du cœur à l'aisselle à droite ; — 2° gros ganglion latéro-trachéal droit ; — 3° une ligne de scissurite à droite ; — part en Suisse en octobre 1928.

24 septembre 1930. L'enfant n'a plus de fièvre, il a pris 7 kilogrammes en 2 ans. Toux légère le matin. Examen négatif.

Radiographie : l'ombre est beaucoup moins marqué. La scissurite a disparu. L'adénopathie persiste.

Janvier 1931. L'enfant se porte bien ; — pas de fièvre ; — ne tousse pas.

Radiographie : Taches au niveau du hile. L'ombre ganglionnaire est en voie de calcification.

Mai 1931. — *Radiographie* : Image normale, sauf le ganglion latéro-trachéal droit qui est calcifié.

OBSERVATION XXXIV

Del. Marie, 10 ans 1/2. Vient au Dispensaire pour des tuméfactions apparues sur les jambes depuis 4 ou 5 jours.

A. H., père bien portant. — Mère bien portante. — Dix enfants ; un mort d'une otite, les autres en bonne santé.

A. P. Née à terme, 4 kilogrammes. Rougeole, otite.

Le 1^{er} mai 1930, présente une angine légère, courbature, fatigue, tousse un peu.

Le 6 au soir, température 39° puis 38° et 38°,5. Nodules rouges sur les jambes.

9 mai vient au Dispensaire (10 ans 1/2). Erythème noueux.

11 mai 1930. N'a plus de fièvre ; l'érythème s'efface. Cuti +

Radiographie : foyer para-hilaire inférieur droit et de la base droite ; — ligne scissurale droite.

28 mai 1930. Erythème disparu. Température normale. — L'enfant en bon état. Ne tousse pas du tout. Examen négatif.

Radiographie : le foyer persiste.

12 janvier 1931. L'enfant a eu un épisode fibrile en août, pendant

10 jours. Diagnostic : congestion pulmonaire. Se porte très bien ; — ne tousse pas. Examen négatif.

Radiographie : grosse diminution de l'opacité de la base droite. Ligne de scissurite toujours visible.

OBSERVATION XXXV

Delt... Lucienne, 14 ans. Vient au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., mère : toux fréquente ; — pleurésie dans les antécédents ; — père : toux fréquente ; — oncle : bacillaire.

Contact : A toujours été en contact avec son oncle.

27 octobre 1930. L'enfant vient au Dispensaire, 14 ans. A toujours été bien portante ; — sa santé n'a jamais fléchi. Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer calcifié de la base droite.

18 mars 1932. *Radiographie* : persistance d'une calcification.

OBSERVATION XXXVI

Douill... Robert, 2 ans 1/2.

A. H., père et mère bien portants ; — 1 frère de quelques mois bien portant.

Contact : a vécu au contact d'une concierge tuberculeuse, plusieurs heures par jour.

A. P. Né à terme. Enfant toujours bien portant jusqu'à 2 ans 1/2, (octobre 1928). A ce moment angine et rhino-pharyngite. Vers le 15 novembre, apparition de nodules rouges à la face antérieure des membres inférieurs.

28 novembre 1928. L'enfant vient au Dispensaire, 2 ans 1/2. Très bel enfant ; — gai, bon appétit ; — pas de fièvre. Examen pulmonaire négatif. Grosses amygdales. Cuti +. Érythème noueux.

5 décembre 1928. *Radiographie* : ombre à la partie moyenne et inférieure du pöumon gauche.

14 février 1929. L'enfant tousse ; — (a été opéré des végétations). Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : le foyer de la base a augmenté.

9 mai 1930. Enfant en bon état général ; — ne tousse pas. Examen négatif.

Radiographie : le foyer est en régression.

17 novembre 1930. *Radiographie* : le foyer a disparu ; — image thoracique normale.

OBSERVATION XXXVII

Esp... Violette, 3 ans

A. H., mère tuberculeuse ; — elle tousse et crache (B K dans les crachats) ; — père bien portant.

Contact : intime pendant les 10 premiers mois de sa vie avec sa mère qui à ce moment ne toussait pas. Séparation. Depuis l'âge de 2 ans et 9 mois (octobre 1930) ; l'enfant est avec sa mère et couche dans sa chambre.

A. P. Née à terme 3^{kg},650, a reçu du B C G.

Le 6 octobre 1930, la cuti est négative.

Le 5 décembre 1930. La cuti est positive.

11 décembre 1930. L'enfant entre à la crèche ; 2 ans et 11 mois. Bon aspect. Pas de fièvre. Poids : 13^{kg},660. Examen négatif.

6 janvier. *Radiographie* : grosse ombre du lobe moyen du poumon gauche ; — ombre ganglionnaire latéro-trachéale droite. Bon état. Auscultation négative.

23 février. Nouvelle radiographie sans changement. L'enfant part en nourrice.

Mars 1932. L'enfant est bien portante, poids : 14^{kg},610.

OBSERVATION XXXVIII

Favré... René, 12 ans.

A. H., Parents bien portants ; — grands-parents bien portants.

Contact : Rien n'est signalé.

A. P. 4 ans : coqueluche, rougeole, scarlatine. 7 ans, placards indurés violacés sur les jambes ; fièvre le soir, toussait un peu. Va consulter à Bretonneau, diagnostic : érythème noueux. Radiographié à Bretonneau : lésion pulmonaire. Envoyé à la montagne, revient au bout d'un an bien portant ; — pas d'autres manifestations depuis.

29 avril 1931. L'enfant vient au Dispensaire. Enfant bien portant. Tousse un peu depuis 1 mois. Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : hile droit élargi ; — nodules calcifiés ; — diaphragme droit aplati ; — sinus cardio-diaphragmatique droit effacé.

27 mai. Bon état ; — même image.

OBSERVATION XXXIX

From... Claude Eugénie, 5 ans, est amenée au Dispensaire pour un examen général.

A. H., parents bien portants. — un grand-oncle est mort de tuberculose pulmonaire en mars 1928 (B K dans les crachats).

Contact : jusqu'à l'âge de 2 ans, l'enfant voyait de temps en temps son grand-oncle qui l'embrassait.

Née à terme, 18 mois varicelle.

Mai 1930, opérée des végétations.

28 novembre 1930. L'enfant est amenée au spécialiste de la gorge pour un enrôlement. Celui-ci désirant l'endormir demande un examen du cœur. On fait une radiographie qui fait découvrir un foyer. Bien portante en apparence ; — aucun signe fonctionnel. Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer hilare droit où l'on voit une tache plus sombre se dessiner.

5 janvier 1931. On a pris la température de l'enfant ; — on constate une très légère fièvre (38°) ; — aucun signe pulmonaire.

16 mars 1931. La fièvre a duré 1 mois 1/2 (jusqu'au 15 janvier). Température normale ; — prend du poids. Examen négatif.

Radiographie : le foyer hilare a régressé. Des taches de calcifications apparaissent ; — ligne de scissurite.

Octobre 1931. Excellent état général après un séjour en montagne.

Radiographie : Foyer en régression ; — calcifications plus nettes ; — ligne de scissurite.

OBSERVATION XL

Fid... Jacques, 40 jours.

A. H., père bien portant ; — mère tuberculeuse (B K dans les crachats) ; 3 enfants en pension.

A. P. Né à terme, 3^{kg},300, a reçu du BCG. Élevé au lait condensé.

Contact : jusqu'à l'âge de 40 jours, avec sa mère.

27 octobre 1931. Bel enfant, poids 4^{kg},300 ; — aucun signe fonctionnel. Cuti + (à 40 jours).

17 novembre. Adénoïdite avec fièvre et perte de poids.

Radiographie : Petite ombre douteuse du hile droit.

8 décembre 1931. Température irrégulière. Poids stationnaire. Toux. Auscultation normale, rate palpable.

Radiographie : foyer étendu para-hilaire droit.

24 décembre. Température normale ; — toux quinteuse ; — cornage ; — tirage. Examen négatif.

5 janvier 1932. *Radiographie* : foyer pulmonaire augmente à droite, un foyer à gauche ; — image ganglionnaire latéro-trachéale droite.

12 janvier. Somnolence. Toux bitonale ; — tirage sus et sous-sternal. Auscultation : ronchus à droite en arrière.

26 février. Etat général très atteint. Foyer de râles bulleux à la base droite.

Radiographie : gros envahissement de tout le poumon; — taches nuageuses; — (image de fonte).

1^{er} mars. Râles bulleux à droite, en avant et en arrière. La température monte; — le poids baisse.

19 Mars. Décès.

OBSERVATION XLI

Fal... Renée, 5 ans, est amenée au Dispensaire pour toux et poids stationnaire.

A. H., père bien portants; mère bien portante. Un frère de la mère est mort il y a 2 ans de bacillos-pulmonaire.

Contact : jusqu'à 3 ans avec son oncle.

A. P. Né à terme. P. 3^{kg}, 750; — en juillet 1930, épisode pulmonaire; — pneumonie gauche température 40 pendant 11 jours. — L'enfant continue à tousser.

6 janvier 1931. L'enfant vient au Dispensaire (5 ans). Ne mange pas bien; — n'engraisse pas; — sueurs nocturnes; — fièvre à 39° pendant quelques jours, tous les 2 mois environ. Auscultation; en arrière et à gauche sur la ligne axillaire : souffle expiratoire; — cuti +.

Radiographie : gros foyer du lobe moyen gauche.

OBSERVATION XLII

Grat... Yves, 12 ans vient au Dispensaire pour fatigue générale.

A. H., père (race noire) est arrivé en France en août 1928 a eu 2 épisodes pulmonaires en France. Crachats : pas de B. K.

Radiographie : voile pleural de la base droite; — mère bien portante au point de vue pulmonaire; — 4 frères et sœurs plus jeunes bien portants, 1 sœur de 14 ans : foyer bacillaire (observation XLIII); — famille nombreuse (oncles, cousins) vivant à Paris; mais personne ne tousse.

Contact : on n'en a pas trouvé d'autres que celui du père.

A. P. Enfant né à la Guyane. En 1927 (8 ans) arrive en France; — rougeole.

18 mai 1931. L'enfant vient au Dispensaire 12 ans. Depuis 1 semaine se sent fatigué; — maux de têtes; — douleur thoracique; — depuis 4 jours il prend sa température : il a tous les soirs entre 37°5 et 38°. Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : petit foyer hilair gauche.

3 juin 1931. Fièvre autour de 38°; — toujours fatigué; — maux de tête; — pas de toux. Auscultation normale.

Radiographie : foyer hilair plus net.

24 juin. Même image.

OBSERVATION XLIII

Grat... Clérence, 13 ans 1/2, vient consulter pour une inflammation de l'œil et une fatigue persistante.

A. H., voir observation XLII de son frère.

A. P. Enfant née à terme en Guyanne. Paludisme ; — 1927 arrivée en France (9 ans) ; — 1928 à la rougeole.

13 mai 1931. L'enfant âgée de 13 ans vient au Dispensaire.

En février 1931 son œil droit s'est enflammé ; — en mars le diagnostic de kératite a été fait à l'Hôtel-Dieu. En même temps fatigue générale.

Fin avril l'enfant prend sa température : elle a tous les soirs entre 37°5 et 38°.

Actuellement : fatigue générale ; — amaigrissement ; — toux légère. Examen pulmonaire négatif.

Examen des yeux : kérato-conjonctivite diffuse à droite.

Radiographie : Foyer hilaire droit ; image du ganglion latéro-trachéal droit ; — signe de scissurite.

OBSERVATION XLIV

Gentil... Daniel, 7 ans vient pour une visite de prophylaxie.

A. H., père mort en avril 1928 d'un abcès du poumon ; — mère semble avoir fait un épisode de tuberculose pulmonaire en 1928. Mais la preuve n'en a pas été faite.

Contact : avec sa mère ?

A. P. Rougeole ; — oreillons ; — angines fréquentes.

Avril 1930. Cuti négative.

Octobre 1930. L'enfant vient au Dispensaire 7 ans. Cuti +. Il a eu la fièvre pendant 2 mois 1/2, 38° ; — mais il n'est jamais resté couché ; — il jouait, mangeait bien et n'avait pas de toux ; — auscultation négative.

Radiographie : petit foyer de la base droite et du hile droit.

8 janvier 1931. Image analogue.

Février 1932. A pris 700 grammes depuis octobre (19^{kg},700) ; — examen négatif.

Radiographie : calcification du hile et de la base droite.

OBSERVATION XLV

Girar... Christiane, 16 mois. L'enfant est amenée à la consultation pour une angine.

A. H., parents bien portants.

Contact : l'enfant a été en nourrice chez des tousseurs ; — père nourricier mort tuberculeux en 1927.

A. P. Née à terme, 3^{kg.}, 320, depuis 10 mois, courbes de poids presque stationnaire.

2 novembre 1925. L'enfant vient au Dispensaire à 16 mois. Poids : 9^{kg.}, 300 ; — tousses depuis 2 mois. Rate un peu grosse ; — foie normal ; — poumons : matité ; — cuti +.

Radiographie : ombres à contours peu nets à la base droite.

28 janvier 1926. Tousses beaucoup depuis quelque temps ; — a perdu l'appétit ; — la matité a disparu ; — auscultation : normale.

27 octobre 1928. Très bon état général (4 ans 1/2 : 14 kilogrammes) ; — examen négatif.

Radiographie : calcifications de la base et du hile droit.

OBSERVATION XLVI

Gar... Marcelle, 9 ans vient au Dispensaire pour un état fébrile durable.

A. H., père tousses, réformé de guerre à 20 p. 100 (sclérose pulmonaire) puis à 10 p. 100 ; — mère a eu une pleurésie à 18 ans et a été envoyée au sanatorium.

Contact : a peut être été contaminée par ses parents ?

A. P. Bien portante dans son enfance ; — à part varicelle, rougeole, amygdaléctomie.

Août 1928. L'enfant présente une fièvre élevée à allure de fièvre typhoïde ; — le séro-diagnostic est négatif 2 fois ; — le diagnostic de typho-bacillose est porté.

31 octobre 1928. L'enfant vient au Dispensaire, 9 ans ; — la fièvre se maintient entre 37° et 38° ; — auscultation normale.

Radiographie : ombre dense de la base droite homogène et bien limitée.

21 novembre 1928. Fièvre 38 ; tousses davantage ; — petite expectoration ; — auscultation normale.

Radiographie : même image.

12 décembre. En novembre une poussée de fièvre à 39° ; — amaigrissement ; — enfant pâle ; — aucun signe stéthacoustique.

1^{er} février 1929. Fièvre persiste ; — toux augmente ; — matité et diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

Radiographie : grosse ombre opaque occupant le lobe inférieur et comblant le sinus costo-diaphragmatique.

Diagnostic : pleurésie.

27 février : base droite : matité, souffle pectoriloqui-aphone ; — température normale depuis le 18 février.

10 avril. Température normale. Frottements de la base droite.

Juin 1929. *Radiographie* : image analogue aux premières. Séjour en montagne.

Décembre 1929. Température normale ; — prend du poids ; — tousse toujours ; — frottements et râles.

Radiographie : même image.

10 février 1930. Etat général excellent ; — gros frottements.

Radiographie : persistance d'une ombre quadrangulaire de la base droite ; — diaphragme droit aplati ; les sinus sont effacés à droite.

20 mai 1931. Très bon état ; — a pris 9 kilogrammes en 9 mois ; — tousse toujours ; — frottements pleuraux base droite.

Radiographie : même image : ombre de la base droite.

OBSERVATION XLVII

Goué... Roger. L'enfant est amené au Dispensaire pour des troubles de l'état général, pour fatigue.

A. P. mère bien portante ; — père tousse et crache depuis la guerre (bronchite chronique). Léger voile insignifiant au sommet droit, à la radioscopie.

Contact : certain non retrouvé. Le père, est peut-être bacillaire.

A. P. Né à terme 3^{kg}, 500. Très bien portant dans son enfance.

Juillet 1929, rougeole. Brusquement température à 40° ; — toux légère ; — dyspnée ; — température 39° et 40° puis 37° et 39° pendant 18 jours. Diagnostic du médecin « fièvre muqueuse ». Toux légère ; — envoyé à la campagne, fatigue encore pendant une quinzaine de jours. Température à 38°-36° à une ou deux reprises. Puis état général excellent jusqu'à la fin d'août, sans toux ; — a repris 3 kilogrammes.

25 octobre 1929. L'enfant est amené au Dispensaire 5 ans ; — enfant fatigué. Sueurs abondantes, le soir ; — ne tousse pas ; — auscultation négative ; — cuti +.

Radiographie : foyer hilair droit.

19 février 1930. Après un séjour dans les Vosges, très bon état général ; a eu des poussées de fièvre pendant 3 mois ; — pas de toux. Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : Le foyer hilair a nettement régressé.

6 juin. L'enfant a pris 1.500 gr.

Radiographie : le foyer hilair a presque disparu.

1^{er} octobre. Très bon état général.

Radiographie : le foyer hilair a complètement disparu.

OBSERVATION XLVIII

Guerr... Lucien, 9 mois 1/2 ; — père bien portant ; — mère bacillaire (B. K. dans les crachats).

Contact : Constant avec sa mère.

A. P. Né à terme. 7 mois : fièvre de 8 jours jusqu'à 40 (mars 1931).
Cuti +. Bien portant depuis.

28 mai 1931. L'enfant entre à la crèche, 6^{kg},800 (9 mois 1/2). Très
bonne apparence ; — examen totalement négatif.

Radiographie : ombre hilaire droite se prolongeant avec une ombre
du lobe supérieur.

2^e juin. Rate perceptible ; — auscultation négative.

Radiographie : même image ; — ombre ganglionnaire probable.

30 juillet. Bel enfant, va très bien ; — prends du poids.

14 septembre. 13 mois, 7^{kg},900 ; est repris par sa famille.

OBSERVATION XLIX

Gig... Gisèle, 4 ans 1/2 est amenée au Dispensaire pour une visite de
prophylaxie.

A. H., père malade depuis 3 semaines. *Radio* : lésion du sommet
droit ; — mère bien portante.

Contact : Avec son père.

A. P. A 19 mois : rougeole ; — jamais d'autre maladie.

11 février 1930. Vient au Dispensaire : 4 ans 1/2 ; — tousse un peu ;
— bon état général ; — cuti +. En arrière matité du sommet gauche ;
— en avant, rien de perceptible ; — à droite, rien d'anormal.

Radiographie : ombre homogène étendue à gauche du sommet au hile.

OBSERVATION L

Great... Gisèle, 6 ans, parents bien portants ; — 1 sœur 3 ans cuti et
radiographie négatives ; — oncle tousse beaucoup.

Contact : l'enfant voit constamment son oncle.

A. P. Née à terme, 3 kilogrammes.

21 janvier 1930. 1^{re} visite au Dispensaire : 6 ans. Examen clinique
négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer hilaire droit.

OBSERVATION LI

Ham... René, 7 mois.

A. H. Père tousse et crache depuis août 1930, novembre 1930 B. K.
dans les crachats.

Contact : intime avec son père pendant les 5 premiers mois de la
vie.

A. P. Né à terme, 4 kilogrammes.

7 janvier 1931. L'enfant entre à la crèche (7 mois) Cuti +
Température normale ; — poids 6^{kg},400 ; — tousses depuis 15 jours ;
— rhino-pharyngite ; — gros râles sibilants du poumon gauche.

Radiographie : opacité du lobe supérieur gauche ; — diaphragme droit aplati.

6 février. Le poids monte ; — la température est irrégulière ; — submatité de la fosse sous-claviculaire gauche ; — ronchus de la fosse sus-épineuse gauche.

Radiographie : l'opacité du lobe supérieur gauche s'est éclaircie. Le diaphragme est normal.

4 mars. 9 mois : 6^{kg},900 repris par sa mère.

OBSERVATION LII

Henr... Jeanne, 1 an 1/2.

A. H. Mère bien portante ; — père bacillaire (B. K. dans les crachats en octobre 1929).

Contact : avec son père : 1^o de 1 à 4 mois (juin à octobre 1929) ; — 2^o de 6 mois à 8 mois (décembre 1929 à février 1930) ; — 3^o de 13 mois à 17 mois (juillet à novembre 1930).

A. P. Née à terme, 3^{kg},200.

Novembre 1929. 5 mois, Cuti négative.

Décembre 1929. 6 mois, Cuti positive.

Mai 1930. Gros ganglion cervical droit indolore incisé en juin.

19 novembre 1930. L'enfant entre à la crèche, 1 an 1/2 ; — Très pâle, hypotrophique (9^{kg},500) ; — au cou grosse masse ganglionnaire et cicatrice violacée. Légers signes de rachitisme.

Examen pulmonaire normal ; — Cuti +

Radiographie : petit foyer de la base droite.

19 décembre. L'enfant va bien, prends du poids ; — écoulement de la cicatrice cervicale.

Auscultation normale.

24 février 1931. *Radiographie* : le foyer de la base droite est moins opaque ; — l'enfant part en nourrice, 20 mois, 10^{kg},500.

Mars 1932. L'enfant va très bien, 2 ans et 9 mois, 13^{kg},900.

OBSERVATION LIII

Joliv... Odette, 8 ans, est amenée au Dispensaire parce qu'elle a de la fièvre depuis 1 mois.

A. H. Parents bien portants, personne ne tousses dans sa famille.

Contact : vers le milieu de juillet 1929, l'enfant en vacances a fréquenté une personne malade, morte depuis de tuberculose pulmonaire.

A. P. Née à terme. A 3 ans coqueluche.

3 septembre 1929. L'enfant a de la fièvre. Son état général est altéré; — elle a maigri; — elle est anorexique. Sa température s'élève à 39°. On fait le diagnostic de grippe.

18 octobre 1929. L'enfant vient au Dispensaire (8 ans). La fièvre a duré 1 mois; — enfant pâle; — quelques quintes de toux sèche; — sibilances du sommet droit en avant; — bouffées de râles bulleux.

Radiographie : gros foyer opaque homogène du lobe supérieur droit; — on croit à une fonte parenchymateuse à cause des râles humides.

30 octobre. N'a plus de fièvre, prend du poids.

Radiographie : image analogue; souffle sous la clavicule dorite. Les râles ont disparu.

4 décembre. L'état général s'améliore; — ne tousse pas.

Radiographie : l'ombre est moins épaisse; — on voit une image ganglionnaire latéro-trachéale droite.

10 janvier 1930. Augmente de poids; — matité du sommet droit.

Radiographie : ombre beaucoup moins épaisse.

4 février 1931. Mêmes signes.

Radiographie : disparition presque complète de l'ombre pulmonaire; — il reste une image ganglionnaire.

OBSERVATION LIV

Laza... Paul. 4 ans 1/2 est amené au Dispensaire pour fièvre et amaigrissement.

A. H. Parents et grands-parents bien portants.

Contact : journalier avec une amie de la mère très probablement tuberculeuse.

A. P. Enfance normale, enfant bien portant.

Mai 1931. 4 ans 1/2. L'enfant perd l'appétit, maigrit.

26 mai. L'enfant a brusquement de la fièvre. La température monte à 40° et au-dessus puis persiste entre 37° et 39°; — l'enfant n'est pas en état typhique; il est gai, joue dans son lit, demande à manger; — cet état dure 15 jours.

13 juin 1931. L'enfant revient au Dispensaire; — il a encore de la fièvre; — est fatigué, amaigri; — ne tousse pas.

Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : gros foyer du hile droit et du lobe inférieur droit.

18 septembre 1931. L'enfant est allé en Savoie; la fièvre a duré jusqu'au début du mois d'août autour de 38°, c'est-à-dire plus de 2 mois. Actuellement bon état.

Examen des poumons négatif.

Radiographie : l'ombre pulmonaire est mieux limitée et plus épaisse.

4 mars 1932. L'enfant se porte bien; — n'a jamais toussé; — aucun signe pulmonaire.

Radiographie : même image.

OBSERVATION LV

Lac... Odette, 8 ans 1/2. L'enfant vient pour une visite prophylactique.

A. H. Père hospitalisé pour une péritonite bacillaire le 3 mars 1931. Il toussait depuis le mois de janvier ; — mère bien portante ; un frère bien portant (3 ans, cuti négative).

Contact : l'enfant a vécu avec son père jusqu'à son entrée à l'hôpital (mars 1931).

A. P. Née à terme. A 3 ans 1/2, rougeole ; — sa santé n'a jamais fléchi.

Mars 1931. L'enfant vient pour la première fois au Dispensaire, 8 ans 1/2 ; — très bien portante, ne tousse pas.

Examen négatif. — Cuti +.

Radiographie : ombre homogène à la partie moyenne du poumon droit ; — diaphragme droit irrégulier.

20 mai 1931. Revient au Dispensaire après un séjour de 2 mois à la campagne ; — vers le 20 avril 1931, a été alitée avec fièvre à 39° et 40° et toux pendant 15 jours ; — diagnostic : bronchite ; — actuellement se porte bien ; — n'a plus de fièvre depuis le 5 mai ; — bien portante ; — percussion : très légère matité ; — auscultation normale absolument.

Radiographie : l'ombre est plus opaque et s'est étendue du côté externe.

OBSERVATION LVI

Lorth... Robert, 2 ans. Est amené pour visite prophylactique.

A. H. Père mort de tuberculose en août 1929 (B. K. dans les crachats) ; — mère bien portante.

Contact : avec le père jusqu'en 1929 (2 ans).

A. P. Né à terme ; — a toujours été bien portant.

Novembre 1929. Vient au Dispensaire. Enfant en bon état ; — ne tousse pas.

S. P. Examen négatif. — Cuti +.

Radiographie : foyer hilair gauche.

10 décembre 1931. L'enfant s'est toujours bien porté et se porte bien.

Radiographie : calcification à la place de l'ancien foyer.

OBSERVATION LVII

Lanisc... Pierre. 9 ans, est amené au Dispensaire parce que son frère est atteint de spina-ventosa.

A. H. Père bacillaire (B. K. dans les crachats ; — mère bien portante ; — 2 frères avec Cuti positive et radiographie normale ; l'un des deux est atteint de spina-ventosa ; — 1 frère avec Cuti positive et radiographie positive (obs. LVIII).

20 mai 1931. L'enfant se porte bien ; — il n'a aucun signe pulmonaire ; — l'examen est négatif. Cuti +.

Radiographie : petit foyer de la base droite ; — foyer hilair droit ; — diaphragme droit irrégulier.

OBSERVATION LVIII

Lanisc... Jacques. 7 ans. Visite de prophylaxie.

A. H. Voir observ. LVII.

A. P. Rougeole et congestion pulmonaire à 3 et 5 ans.

20 mai 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 7 ans ; — est très bien portant ; — n'a aucun signe pulmonaire ; — Cuti +.

Radiographie : petit foyer hilair droit

OBSERVATION LIX

Len... Yves. 2 ans 1/2, est amené pour une visite de prophylaxie.

A. H. Père bacillaire (B. K. dans les crachats) ; — malade surtout depuis octobre 1929 ; — mère bien portante ; — 1 frère Cuti + à 9 ans ; — 1 frère Cuti négative à 8 ans ; — 1 sœur Cuti négative à 6 mois.

Coniact : avec son père jusqu'au 28 janvier 1930.

A. P. Aucune maladie.

17 février 1930. L'enfant est amené au Dispensaire, 2 ans 1/2 ; — Cuti négative ; — radiographie normale.

6 juin 1930. L'enfant est fatigué depuis 1 mois ; — il n'a aucun signe pulmonaire.

L'examen est négatif ; — la Cuti positive.

Radiographie : gros foyer étendu du cœur à la paroi à gauche.

20 octobre 1930. A fait un séjour à la campagne ; — se porte bien.

Radiographie : diminution nette du foyer.

10 décembre 1931. L'enfant s'est bien porté depuis 1 an.

Radiographie : le foyer a disparu.

OBSERVATION LX

Loub... Christiane. 6 ans 1/2, vient au Dispensaire parce qu'elle a la fièvre depuis 8 jours.

A. H. Parents bien portants.

Contact : depuis 3 ans elle est en contact intermittent plusieurs fois par an avec une personne traitée par un pneumothorax.

A. P. Née à terme, 3^{kg},500 ; — coqueluche et rougeole à 3 et 4 ans ; — en l'année 1929 à l'âge de 4 ans 1/2, elle a été fatiguée pendant 2 ou 3 mois avec amaigrissement, anorexie, fièvre ; — à 6 ans, bronchite avec toux pendant 1 mois 1/2.

Mars 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 6 ans 1/2 ; — l'enfant est en bon état général ; — mais elle a la fièvre depuis 8 jours ; — gorge : exsudat pultacé.

Auscultation normale ; Cuti +.

Radiographie : foyer hilare gauche ; — ce foyer est découvert fortuitement par la radiographie systématique, l'examen clinique n'ayant révélé qu'une angine qui expliquait la fièvre. Le contact est retrouvé ensuite par l'interrogatoire ainsi que la période de fléchissement de l'état général.

27 mai 1931. A fait un séjour à la campagne ; — bon état général ; — pas de toux.

Examen pulmonaire normal.

Radioscopie : légère obscurité de la région hilare gauche.

23 septembre 1931. *Radiographie* : grosse diminution du foyer.

23 décembre 1931. Enfant en bon état sans signes pulmonaires.

Radiographie : image sensiblement normale.

OBSERVATION LXI

Lepe... Pierre. 20 mois.

A. H. Père : ancienne tuberculose osseuse ; — mère : lésions bacillaires bilatérales (B. K. dans les crachats) ; — 1 enfant mort de méningite tuberculeuse.

A. P. Née à terme, 3^{kg},500.

Contact : avec sa mère qui le nourrit depuis sa naissance.

Décembre 1929. Cuti négative (8 mois) ; — coqueluche à la suite de laquelle il maigrit.

Mai 1930. (14 mois) l'enfant a de la fièvre. Température à 40° et 41° pendant 3 semaines. En même temps l'enfant n'est pas abattu, il joue dans son lit, il n'a pas de troubles digestifs, il commence à tousser.

Juin 1930. Cuti + ; l'enfant a toujours la fièvre entre 37° et 38° ; — il maigrit ; — il tousses ; — il part à la campagne.

Octobre 1930. Une radiographie aurait montré une adénopathie latéro-trachéale droite.

17 novembre 1930. L'enfant vient au Dispensaire ; — enfant pâle, maigre ; — pèse 7^{kg},800 (19 mois) ; — toux à type adénopathique ; — gorge rouge ; — nez enchifrené ; — signes de bronchite.

2 décembre. S. P. Poumons à droite en arrière : sonorité diminuée et diminution du murmure vésiculaire.

Radiographie : gros foyer des lobes moyen et inférieur ; — adénopathie latéro-trachéale droite.

12 juin 1931. *Radiographie* : régression nette du foyer ; — l'image ganglionnaire persiste.

OBSERVATION LXII

Laugel... Paulette, 2 ans.

A. H. Père bacillaire ; — mère bien portante.

Contact : avec son père depuis sa naissance (avril 1929 jusqu'à avril 1930, puis de novembre 1930 à février 1931).

A. P. Enfant née à terme, 3^{kg},250 ; — bien portante.

Février 1931. L'enfant a de la fièvre : 39° et 40° tous les soirs. Le 25 février on fait le diagnostic d'appendicite ; — elle est opérée d'urgence ; — la fièvre persiste. Paracenthèse : écoulement abondant ; — la fièvre persiste.

Radiographie : ombre du sommet droit.

31 mars 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 2 ans. La fièvre a duré tout le mois de mars. Enfant pâle, triste : hypotrophique (9^{kg},700). Toux grasse, fréquente. Poumons : à droite, en arrière. Submatité du sommet ; — retentissement de la toux ; — souffle amphorique ; — quelques râles bulleux. En avant : rien d'anormal. A gauche : rien d'anormal.

Radiographie : lobite supérieure droite limitée par la scissure. Recherche des B. K. dans les selles : positive. Recherche des B. K. dans le liquide de lavage d'estomac : négative.

13 avril. L'enfant a pris 300 grammes ; — tousse toujours, toux continue et émetisante, mêmes signes stéthacoustiques.

Radiographie : foyer moins dense. Image ganglionnaire latéro-trachéale droite.

18 mai. Très grosse amélioration. Bon aspect.

Température normale ; — ne tousse plus ; — matité du lobe supérieur droit ; — retentissement de la voix.

Radiographie : ombre moins épaisse et moins étendue.

10 février 1932. Excellent état. Ne tousse pas. Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : foyer en voie de régression.

OBSERVATION LXIII

Lig... Raymond, 11 mois.

A. H., mère : aurait eu une lésion bacillaire ; — père : tousse et crache depuis 4 mois, est considéré comme tuberculeux par le Dispensaire de Levallois.

Contact : constant avec son père jusqu'à 11 mois — couchait dans sa chambre.

A. P. Né à terme, 3^{kg},500.

Octobre 1930 (7 mois), fistule anale.

Novembre 1930. Spina-ventosa de l'index gauche.

Janvier 1931. Bronchite, fièvre à 39 pendant 8 jours.

17 février 1931. L'enfant vient au Dispensaire (11 mois); — bel enfant, pèse 8^{kg},600: — spina-ventosa; — petite fistule anale; — rate palpable. Cuti +.

Poumons: Examen négatif.

Radiographie: foyer hilaire et juxta-hilaire gauche. Adénopathie latéro-trachéale droite.

16 mars. Enfant pâle, poids baisse; — toux bitonale fréquente.

7 avril. *Radiographie*: image analogue.

9 mai. Le spina-ventosa suppure; — l'enfant a meilleur aspect; — meilleur mine; bon appétit; — impetigo.

9 juin 1931. Pyodermite périombilicale; — le poids augmente 9^{kg},300 (15 mois).

OBSERVATION LXIV

Lév... Jacqueline, 7 ans est amenée au Dispensaire parce qu'elle tousse.

A. H. parents bien portants; — une sœur (observ. LXV). Cuti +; — *Radiographie* positive.

Contact: n'a pu être retrouvé.

A. P. Enfant née à terme, 3^{kg},500; — coqueluche et rougeole à 3 et 4 ans; — en janvier 1931, la Cuti est négative.

22 février 1932. L'enfant vient au Dispensaire (7 ans). Depuis décembre atteinte de l'état général, avec amaigrissement; — fin de janvier: bronchite; — fièvre à 39; — elle tousse.

Poumons: foyers de râles bulbeux sous l'aisselle gauche.

Radiographie: foyer triangulaire à sommet hilaire, du lobe moyen gauche. Cuti +.

6 mars 1932. *Radioscopie*: le foyer est un peu plus étendu.

OBSERVATION LXV

Lév... Jeanine, 3 ans.

A. H., parents bien portants; — une sœur, Cuti +. *Radiographie* positive (observ. LXIV).

A. P. Née à terme. A 6 mois broncho-pneumonie.

Mai 1931. Rougeole puis broncho-pneumonie; — amaigrissement.

Juillet 1931. L'enfant vient au Dispensaire, 3 ans, elle maigrit; — Cuti +.

S. P. Matité de l'hémithorax gauche en avant. Souffle tubaire de la même région.

Radiographie: Grosse ombre des lobes moyen et supérieur gauche.

OBSERVATION LXVI

Madel... Roger, 6 ans.

A. H., parents bien portants ; — grand-père maternel mort de tuberculose en mai 1929 ; — un frère et une sœur bien portants.

Contact : l'enfant allait souvent voir son grand-père.

A. P. Né à terme. Enfance normale sans maladie.

Février 1928. L'enfant a de la fièvre, sa Cuti est +, il est examiné dans un hôpital où on ne trouve aucun signe d'auscultation, et où d'après une radiographie on fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec un pronostic fatal.

La fièvre, accompagnée de toux a duré 2 mois.

Décembre 1929. L'enfant est atteint d'une affection pulmonaire à allure aiguë avec de gros signes d'auscultation.

Radiographie : foyer du lobe moyen du hile à la paroi.

16 mars 1930. L'enfant vient au Dispensaire, 6 ans.

S. G. Enfant très bien portant ; — pas de fièvre ; — ne tousse pas.

Examen des poumons négatifs.

Radiographie : le foyer semble en régression : et en voie de cicatrisation.

5 février 1932. Enfant très bien portant.

Examen négatif.

Radioscopie : image sensiblement normale ; — région hilaire gauche un peu dense.

OBSERVATION LXVII

Mont... Geneviève, 11 ans, vient au Dispensaire pour fatigue et fièvre.

A. H., père : paludéen ; — mère : bien portante ; — grand'mère, 72 ans : tousses et crache depuis très longtemps (examen de crachats en 1930 : pas de BK).

Contact : reste douteux, avec sa grand'mère ?

A. P. L'enfant a toujours eu une santé précaire (maladies d'enfance, troubles digestifs fréquents).

7 octobre 1931. L'enfant a des frissons, de la fièvre ; — la température monte progressivement à 40°. On fait le diagnostic de fièvre typhoïde, mais sans examen de laboratoire.

Au bout de trois semaines, amélioration.

28 décembre 1931. L'enfant a de nouveau la fièvre à 40° — elle est pâle et fatiguée, elle tousse.

15 janvier 1932. Elle vient au Dispensaire, 11 ans. Enfant fatigué ; — maigre, pâle ; — fièvre de temps en temps.

Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : ombre hilaire droite avec taches plus obscures ressemblant à un foyer hilaire en voie de résolution.

OBSERVATION LXVIII

Mon. Hélène, 7 ans, est amenée au Dispensaire pour une visite de surveillance ; — père mort de tuberculose pulmonaire en 1928 ; — mère bien portante.

Contact : jusqu'à l'âge de deux mois avec son père.

A. P. Née à terme. S'est bien développée. A été élevée en Placement familial. A eu la varicelle et la coqueluche sans complications.

4 janvier 1932. L'enfant vient au Dispensaire, 7 ans ; — L'enfant se porte bien.

Examen négatif. Cuti +.

Radiographie : calcifications de la base et du hile droits.

OBSERVATION LXIX

Mart... Jacques, 7 ans, est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H. Mère : bacillaire, début en juillet 1930. Pneumothorax en octobre (BK dans les crachats) ; — 2 frères : Jean, Cuti +, Radiographie normale (10 ans) ; — Gérard, Cuti +, Radiographie : calcifications (5 ans).

Contact : avec sa mère jusqu'en juillet 1931.

13 avril 1931. L'enfant vient au Dispensaire (7 ans). L'état général est bon mais il tousse beaucoup.

Radiographie : petit foyer hilaire droit.

Février 1932. On a de très bonnes nouvelles de l'enfant, parti en pré-ventorium.

OBSERVATION LXX

Mil... Charlotte, 23 mois vient au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père, soigné pour tuberculose pulmonaire depuis avril 1929.

Contact : a toujours vécu avec son père ; — couchait dans la même chambre.

A. P. Née à 7 mois ; n'a jamais été malade.

8 avril 1929. L'enfant vient au Dispensaire : 23 mois.

Examen pulmonaire négatif ; — rate palpable. Cuti +.

Radiographie : ombre du lobe supérieur gauche ; — diaphragme droit aplati.

15 mai 1929. *Radiographie* : légère diminution de l'ombre.

Juin 1931. *Radioscopie* : transparence pulmonaire normale.

OBSERVATION LXXI

Montag... Geneviève, 10 mois est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie; — mère: morte bacillaire en avril 1930; — père: une lésion bacillaire. Mais pas de BK dans les crachats.

Contact: avec sa mère de l'âge de 1, à 6 mois (jusqu'en décembre 1929).

A. P. Née à terme — BCG — n'a pas eu de maladie sauf une otite.

14 avril 1930. L'enfant est amenée au Dispensaire: 10 mois; — enfant bien portante; — croissance normale.

Examen négatif. Cuti +.

Radiographie: ombre du lobe supérieur gauche.

4 août 1930. En juin elle a été mise en observation à Laënnec; là, elle a eu une période de fièvre avec toux et amaigrissement. Actuellement: bon état; — ne tousse plus.

Octobre 1930. Se porte bien; — ne tousse pas.

Spina-ventosa de la 1^{re} phalange du 5^e doigt droit; — 2 gommes de la cuisse gauche.

Radioscopie: ombre moins épaisse.

17 novembre 1931. Bon état général, mais otite; — examen pulmonaire négatif; — spina-ventosa guéri; — gommes guéries.

Radiographie: persistance d'une ombre juxta hilaire gauche.

26 février 1932. Image pulmonaire sensiblement normale.

OBSERVATION LXXII

Mor... Lucien, 6 mois.

L'enfant ayant eu une cuti + à 3 mois, entre à la crèche à 6 mois pour un épisode fébrile survenu à la suite d'une injection de sérum de convalescent pour un contact de rougeole. Après 3 jours de fièvre à 39° et 40° avec dyspnée, cyanose, convulsions sans signes d'auscultation, l'enfant succombe.

Sa radiographie avait montré: un gros foyer hilaire droit et une adénopathie latéro-trachéale droite.

Autopsie: poumons: nombreuses granulations sur la plèvre viscérale droite; — quelques granulations sur la plèvre viscérale gauche.

Coupe: les lobes sont parsemés de granulations.

Région hilaire droite: gros tubercule entièrement caséifié.

Médiastin: masse ganglionnaire importante; — ganglion latéro-trachéale droit de la grosseur d'une petite noix, entièrement caséifié; — quelques ganglions en voie de caséification intertrachéo-bronchiques gauches.

Foie et rate: quelques granulations à la surface et à la coupe.

Péritoine et méninges: pas de granulations visibles.

Diagnostic de granulie.

OBSERVATION LXXIII

Mor... Jeanine, 8 mois.

A. H., père bien portant; — mère : tuberculose pulmonaire (BK dans les crachats).

Contact : avec sa mère (qui la nourrit) jusqu'à 3 mois.

A. P., née à terme. A 3 mois, cuti négative (juin) est mise en nourrice.

Août 1930 (5 mois) l'enfant est anorexique et maigrit vers le milieu du mois.

Le 27, elle a la fièvre. La température monte à 40° et 41° et tombe ensuite en 4 jours.

Cuti +.

5 septembre. L'enfant va mieux mais a encore une petite fébricule.

19 novembre. L'enfant entre à la crèche, 8 mois 6^{kg},100; — bon aspect; — toux sèche; — gorge rouge et catarrhe nasal; — examen pulmonaire négatif.

Radiographie : Adénopathie latéro-trachéale droite,

29 novembre. L'enfant est en état d'infection aiguë : température à 40°; — cyanose; — dyspnée; — pouls filant; — gorge très rouge; — auscultation normale.

L'enfant succombe.

L'autopsie : A la partie moyenne du poumon droit, nodule caséifié; — ganglions hilaires caséifiés; gros ganglions latéro-trachéaux caséifiés. — Très volumineux ganglion latéro-trachéal droit; — mésentère : ganglions caséifiés; — foie, cœur, cerveau, par des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION LXXIV

Mil... Liliane 3 mois 1/2.

A. H., mère : tuberculose pulmonaire; — père : bien portant.

Contact : depuis sa naissance avec sa mère, jusqu'à 3 mois 1/2.

A. P., née à terme. A reçu du BCG.

9 juin 1931. L'enfant entre à la crèche 3 mois 1/2; — poids 4^{kg},100; — température normale; — bon aspect; — Toux impérieuse, coqueluchoïde; — cornage expiratoire.

Cuti +.

Radiographie : infiltration massive du poumon droit dans sa moitié supérieure; — taches et marbrures du lobe inférieur; — adénopathie latéro-trachéale droite.

6 juillet. La courbe de poids baisse (3.700); — enfant cyanosée; — auscultation toujours négative.

Radiographie : image analogue

30 juillet. L'enfant reprend du poids; — des signes fonctionnels ont disparu; — l'auscultation est normale.

Radiographie : même image.

25 août. Poids stationnaire; — pâleur; — auscultation normale.

Radiographie : A droite : envahissement de la presque totalité du poumon; — à gauche : semis de taches.

16 septembre. Fièvre; — chute de poids; — toux; — poids : 3^{kg},800; — auscultation : à droite, Sibilances, râle humides, retentissement de la toux.

26 septembre : décès.

Autopsie : poumons : nodules multiples dans les 2 champs petits ganglions trachéo-bronchiques.

OBSERVATION LXXV

Mill... Micheline, âge : 5 ans 1/2, amenée au Dispensaire pour visite prophylactique.

A. H., père, mort de tuberculose pulmonaire en 1927 (3 ans avant la visite de l'enfant au Dispensaire); il était malade depuis un an; — mère actuellement en bon état; — une sœur née après la mort du père : Cuti négative 2 ans 1/2; — une sœur 8 ans, Cuti +. *Radiographie* : calcifications; — un frère 4 ans, Cuti +. *Radiographie* : calcifications.

Contact : avec son père.

A. P., née à terme, aucune maladie.

13 août 1930. Vient au Dispensaire 5 ans 1/2; — bon état général; — examen pulmonaire, négatif.

Cuti +.

Radiographie : Foyer hilare calcifié à droite.

OBSERVATION LXXVI

March... Jean, âge : 5 ans, envoyé au Dispensaire pour fatigue, fièvre.

A. H., parents bien portants.

Contact : pas de contact connu avec une personne qui tousse.

A. P., né à terme, 4 kilogrammes; — 3 ans, coqueluche; — pas d'autres maladies.

Avril 1931. L'enfant est fatigué, perd l'appétit, ne tousse pas. On prend sa température; — Courbe irrégulière 37°,8 et 39°,5; — l'enfant a maigri de 2 kilogrammes; — fièvre 1 mois et 10 jours.

17 juin 1931. L'enfant vient au Dispensaire : 5 ans; — température normale depuis le 10 juin, se porte bien; — Fosse sus et sous-épineuses gauche : matité; — sous la clavicule gauche : matité, râles à bulles fines.

Cuti +.

* *Radiographie* : foyer volumineux des lobes supérieurs et moyens.

21 septembre 1931. Envoyé en Limousin, pendant 2 mois; — très bien portant; — température normale; En avant et en arrière, sonorité diminuée dans la région sus-claviculaire gauche; — diminution du murmure vésiculaire.

Radiographie : Image sensiblement analogue.

OBSERVATION LXXVII

Mir... Jean, 2 ans 1/2, vient au Dispensaire pour une augmentation de volume du médius droit.

A. H., père bien portant; — mère, bien portante.

Contact : a vécu jusqu'à 2 mois dans la même maison qu'un grand père, qui serait mort d'une méningite, quand l'enfant avait 4 mois?...

A. P., né à terme, 2^{kg},500.

17 mai 1929. L'enfant vient au Dispensaire : 2 ans 1/2 parce que, depuis 15 jours, la 1^{re} phalange du médius droit augmente de volume; — poids, 7^{kg},800; — ne tousse pas; — augmentation de volume considérable du médius; — diagnostic : spina-ventosa; — 2 petites gommes bacillaires de la jambe droite; — auscultation : négative; — rate, nettement perceptible

Cuti +.

Radiographie : de la main : spina-ventosa de la 1^{re} phalange du médius droit : atteinte du 4^e métacarpien.

Radiographie : pulmonaire, ombres inégales, du hile à l'aisselle, à gauche.

Le 10 mars 1930. Les ombres ont nettement régressé.

OBSERVATION LXXVIII

New... Suzanne, 6 ans, examinée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père mort de tuberculose pulmonaire en septembre 1928; — mère bien portante.

Contact : avec son père depuis l'âge de 2 ans jusqu'à 6 ans.

A. P., née à terme 2^{kg},500 rougeole et coqueluche à 2 et 3 ans.

24 octobre 1928. L'enfant est amenée au Dispensaire, 6 ans. L'examen clinique est négatif. Cuti +.

Radiographie : large opacité de la région moyenne et supérieure du poumon droit.

14 novembre 1928. Bon état; — l'enfant ne tousse pas; — l'examen est négatif.

Radiographie : ombre moins large et moins épaisse.

1^{er} février 1929. *Radiographie* : Atténuation de l'ombre.

Juin 1931. On a des nouvelles de l'enfant qui est à la campagne bien portante.

OBSERVATION LXXIX

Naldj... Mesrope, 3 ans est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père en Bulgarie ; — mère, tuberculose pulmonaire bilatérale.

Contact : L'enfant avait 10 mois quand la mère est tombée malade. Le contact a duré jusqu'au jour où l'enfant vient au Dispensaire.

A. P., né à terme, aucune maladie.

23 mai 1928. L'enfant vient au Dispensaire : 3 ans. Poids : 11^{kg}.,250 ; — ne tousse pas ; — diminution de la sonorité à droite, en avant. Cuti +.

Radiographie : gros foyer hilaire droit.

19 novembre 1928. Enfant en bon état ; — ne tousse pas ; — mêmes signes pulmonaires.

Radiographie : diminution très nette de l'ombre.

17 juillet 1931. Examen pulmonaire normal.

Radiographie : le hile droit est complètement dégagé.

OBSERVATION LXXX

Oli... Jean, 9 ans est amené au Dispensaire pour fièvre et toux.

A. H., parents bien portants.

Contact : non retrouvé. (L'enfant va en classe.)

Novembre 1929 (9 ans) l'enfant commence à tousser ; — il maigrit, perd l'appétit, est fatigué.

2 décembre 1929. L'enfant est amené au Dispensaire 9 ans ; — fièvre à 39° et 40° ; — aspect d'un enfant fatigué ; — la toux est intense.

Radiographie : grosse ombre hilaire et parahilaire droite.

16 décembre. La fièvre a duré 8 jours. La température est normale et l'examen clinique négatif.

Radiographie : diminution de l'ombre.

29 décembre. Ombre beaucoup moins large.

3 février. L'enfant a pris du poids ; — sa température est normale. L'auscultation est normale.

Radiographie : image analogue à la précédente.

21 mai 1930. *Radiographie* : l'ombre a encore diminué.

29 décembre 1931. Enfant en très bon état général. Examen clinique négatif.

Radiographie : au hile droit, il ne reste qu'une arborisation un peu plus marquée qu'à l'état normal.

OBSERVATION LXXXI

Pouce... Jacques, 7 ans 1/2 est amené au Dispensaire pour toux et amaigrissement.

A. H., père bien portant; — mère tousse un peu; — grand'mère tousse et crache beaucoup; — en 1928 un examen de crachats; — pas de B. K.

Contact : l'enfant voit fréquemment sa grandmère (dont la tuberculose reste douteuse).

A. P., né à terme (3^{kg},200), rougeole.

3 décembre 1930. L'enfant vient au Dispensaire : 7 ans 1/2. Il est en assez bon état général et ne tousse pas. L'examen clinique est négatif. Cuti +.

Radiographie : Foyer hilair droit.

OBSERVATION LXXXII

Pot... Jacqueline, 2 ans est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père : tuberculose pulmonaire. (Examens de crachats : présence de BK.)

Contact : avec son père qui ne prenait aucune précaution, 1^o de avril à juillet 1929; — 2^o de février 1930 à janvier 1931.

A. P. L'enfant n'a jamais été malade sauf en août et en novembre 1930 où elle a eu la fièvre à 39° et 40° pendant deux ou 3 jours.

25 février 1931. L'enfant vient au Dispensaire : 2 ans. Enfant en très bon état général, poids 10 kilogrammes; — ne tousse pas; — l'examen clinique est négatif.

Radiographie : foyer opaque parahilaire droit du lobe inférieur; — étendu du hile à la paroi; — ombre ganglionnaire latéro-trachéale discutable.

12 juin 1931. L'enfant est en très bon état général.

Avril 1932. *Radiographie* : un petit foyer calcifié de la base droite.

OBSERVATION LXXXIII

Peu... Micheline, 5 ans 1/2.

A. H., parents bien portants.

Contact : inconnu.

A. P., coqueluche en juin 1930. Opérée de végétations en octobre 1930.

Le 10 novembre 1930. *La cuti et la radiographie sont négatives.*

2 janvier 1931, l'enfant a brusquement une élévation de température à 39°; éruption en tête d'épingle au niveau de la région fessière et des bras. La fièvre va durer 25 jours. L'enfant tousse un peu; — elle a la langue blanche; — à l'examen on ne trouve ni ballonnement du ventre, ni taches rosées, ni splénomégalie. A l'auscultation on trouve quelques râles.

Le 16 février 1931. L'enfant vient au Dispensaire : 5 ans 1/2; — l'examen pulmonaire est négatif, — *Cuti* +.

Radiographie: gros foyer du hile gauche. L'enfant part au préventorium.

4 septembre 1931. L'enfant est en bon état général; elle n'a pas de fièvre, a pris du poids.

Radiographie: l'ombre hilare est moins large.

3 février 1932. L'enfant a eu un épisode pulmonaire avec fièvre à 38° pendant 3 semaines au commencement de l'hiver. Actuellement elle est bien portante. L'examen est négatif.

Radiographie: le foyer est nettement en voie de régression.

OBSERVATION LXXXIV

Phil... Raymond, 6 ans, est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., parents bien portants; 2 sœurs *cuti* négatives à 4 ans et 6 ans; — 1 frère *cuti* positive à 10 ans.

Contact: avec un jeune homme de 22 ans mort 4 mois après de tuberculose pulmonaire. Le contact a duré 15 jours, en janvier 1927, lorsque l'enfant avait 4 ans 1/2; il a été intime; l'enfant couchait dans la même chambre que le malade qui toussait et crachait.

A. P., né à terme (4.500 gr.), 5 mois coqueluche, 2 ans varicelle, 3 ans rougeole.

En février 1927 (environ 1 mois après le contact tuberculeux), l'enfant s'est mis à maigrir, il perdait 200 grammes en 15 jours, il a perdu l'appétit, et changé de caractère; — pendant 15 jours fièvre à 38° et 39° avec douleurs articulaires.

18 mars 1927. *Cuti* +. Amélioration de l'état général.

Le 26 septembre 1928. L'enfant vient au Dispensaire, 6 ans. L'état général est bon; — l'enfant tousse tous les matins depuis longtemps; — poumons: quelques râles fins en avant sous la clavicule droite.

Radiographie: petit foyer hilare droit; — sinus cardio-diaphragmatique droit effacé; — diaphragme aplati.

10 novembre 1928. On a pris la température depuis la fin de septembre; — fébricule fréquente. Toujours un peu de toux. Mêmes signes d'auscultation.

Radiographie: même image.

Décembre 1930. L'enfant est en bon état, il n'a plus de fièvre.

Radiographie: le foyer hilare est guéri; — le diaphragme est aplati. Auscultation: disparition des râles fins.

OBSERVATION LXXXV

Pauhal... Jean, 16 mois est amené au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père : bacillaire malade depuis juillet 1929. (BK. dans les crachats) ; — mère bien portante.

Contact : avec son père jusqu'à 1 an (août 1929).

A. P. A 15 mois grosse adénoïdite suivie d'une otite bilatérale.

24 décembre 1929. L'enfant vient au Dispensaire : 16 mois. L'examen montre une matité du sommet droit avec diminution du murmure vésiculaire.

Radiographie : ombre opaque du sommet droit.

20 janvier 1930. Poids 11^{kg},300 (17 mois). Cuti +. Examen : mêmes signes.

Radiographie : ombre moins épaisse.

5 mars 1930. Enfant en bon état, ne tousse pas ; — examen pulmonaire : mêmes signes.

Radiographie : ombre beaucoup moins épaisse.

15 juin 1931. *Radiographie* : image normal.

OBSERVATION LXXXVI

Pat... René, 6 ans 1/2, est amené au Dispensaire pour fièvre, anorexie, toux.

A. H., mère, bien portante ; — père mort de tuberculose pulmonaire quand l'enfant avait 3 ans.

Contact : n'a pas été retrouvé. L'enfant n'a vu son père que 5 minutes à la naissance.

A. P., né à terme, 2^{kg},300 ; — difficile à élever, coqueluche.

Novembre 1929 (5 ans 1/2). Cuti négative (2 ans après la mort du père).

24 décembre 1930. L'enfant vient au Dispensaire 6 ans 1/2 ; — depuis 15 jours, l'enfant est févreux et anorexique ; il a des maux de tête ; — il tousse beaucoup. Examen clinique, négatif. Cuti +.

Radiographie : grosse ombre hilaire opaque et arrondie.

25 mars 1931. L'enfant est en bon état ; — il ne tousse pas.

Radiographie : foyer moins large, en voie de calcification.

OBSERVATION LXXXVII

Py... Suzanne, vient au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., parents bien portants ; — grand'mère, tuberculose pulmonaire ;

1 sœur : Cuti + Radiographie normale ; — 1 frère : Jean, observation LXXXVIII.

Contact : avec sa grand'mère, qui habite le même appartement.

13 septembre 1929. L'enfant vient au Dispensaire, 9 ans ; — examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : calcifications hilaires gauches.

OBSERVATION LXXXVIII

Py... Jean, 7 ans, vient pour une visite de prophylaxie.

A. H. et *contact* : voir observation précédente.

13 septembre 1929. L'enfant vient au Dispensaire, 7 ans. Examen clinique négatif. Cuti +,

Radiographie : ombre hilare droite avec grosses taches sombres.

OBSERVATION LXXXIX

Rasch... Jacqueline, 7 mois est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie.

A. H., père : bacillaire ; — 1 frère de 3 ans traité par pneumothorax.

Contact : avec son père de l'âge de 1 à 4 mois.

A. P., née à terme, 3 kilogrammes.

5 mars 1929. L'enfant est amenée au Dispensaire, 7 mois. Poids, 7 kilogrammes. Elle tousse depuis 15 jours ; — toux quinteuse, rauque, coqueluchoïde ; — examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer hilare et parahilaire gauche ; — ombre ganglionnaire latéro-trachéale, douteuse.

Mai 1929. L'enfant succombe à la suite de convulsions qui ont duré 8 jours.

OBSERVATION XC

Roub... Jeanne, 11 ans,

A. H., parents bien portants ; — 2 sœurs et 1 frère bien portants.

Contact : n'a pu être retrouvé.

A. P. Coqueluche, diphtérie, rubéole, à 2 et 4 ans.

Janvier 1930. Début d'un état de somnolence.

31 janvier 1930. 1^{re} visite au Dispensaire : 11 ans. Conjonctivite gauche ; — examen clinique négatif.

5 mars 1930. L'enfant est fatigué ; — sa température est normale, mais elle s'endort dans la journée ; — elle est triste, immobile, elle a maigri de 1^{kg},500 en 15 jours ; — elle ne tousse pas. L'examen pulmonaire est négatif ; — kératite phyllecténulaire gauche.

Radiographie : ombre d'adénopathie latéro-trachéale droite. Cuti +.
21 mars 1930. État général meilleur ; — plus de somnolence ; — l'appétit revient.

19 mai 1931. Bon état général depuis 1 ans. Examen pulmonaire négatif ; — une taie oculaire gauche.

Radioscopie : L'image ganglionnaire est floue sur les bords ; — sombre au centre.

16 mars 1932. Enfant en bien meilleur état. Mais nouvelle hépatite phlycténulaire.

Radiographie. On ne voit plus d'image ganglionnaire.

OBSERVATION XCI

Rich... Denise, 5 ans 1/2, est amenée au Dispensaire, parce qu'elle a de la fièvre et qu'elle tousse.

A. H., parents bien portants.

Contact : n'a pu être retrouvé.

A. P., enfant né à terme, 4 kilogrammes.

Octobre 1930, varicelle.

Novembre 1930, fièvre pendant 20 jours avec toux et crachats, suivie d'une otite.

Décembre 1930, coqueluche ; — épisodes fébriles en janvier et février, (fièvre élevée).

Mars, rougeole.

11 mai 1931. 1^{re} visite au Dispensaire. L'enfant a maigri beaucoup ; — elle n'a pas de fièvre, mais elle tousse toujours et crache. Examen de gorge : pus dans le rhino-pharynx ; — végétation. — Examen pulmonaire négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer sous la clavicule droite.

1^{er} octobre 1931. — *Radiographie* : ombre moins épaisse qui laisse voir les entre-croisements bronchiques.

OBSERVATION XCII

Rol... Joachim, 4 ans 1/2 ; — parents bien portants.

Contact : avec une tante qui tousse et crache et a une laryngite. Le contact a été intime à la campagne, dans la même chambre du 5 au 25 juillet 1931, (la tante est décédée en février 1932).

A. P., enfance normale ; il a toujours été un très bel enfant.

Le 20 août 1931 au soir, l'enfant est pris d'une fièvre à 40° ; jusqu'au 10 septembre la fièvre se maintient à 39 et 40°. A ce moment le diagnostic de « fièvre muqueuse » est porté. L'enfant s'améliore.

Le 26 septembre, l'enfant est réveillé par une douleur thoracique

vive avec fièvre à 40°. On constate des frottements pleuraux à gauche. 1 mois après : ponction : quelques gouttes de liquide clair.

25 novembre 1931. 1^{re} visite au Dispensaire, 4 ans 1/2. L'enfant a une légère fibricule ; — il ne tousse pas. Examen pulmonaire : matité en arrière à la base gauche avec diminution du murmure vésiculaire. Cuti +.

Radiographie : ombre homogène du lobe inférieur gauche ; — la limite du diaphragme est effacé.

Radioscopie : le diaphragme gauche est immobile.

8 février 1932. L'enfant n'a pas de fièvre, il ne tousse pas.

Radiographie : grosse ombre en écharpe de la base gauche.

OBSERVATION XCIII

Riv... Huguette 5 ans, est amenée au Dispensaire pour une visite de prophylaxie. Père bacillaire ; tousse depuis 2 ans ; — mère lésion pulmonaire probable.

Contact : avec ses parents et avec son père en particulier jusqu'en janvier 1928.

A. P. Pas de maladie dans son enfance.

14 mars 1928. Première visite au Dispensaire, 5 ans. L'examen clinique est négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer hilaire, au milieu duquel on voit se former des foyers de calcifications.

OBSERVATION XCIV

Rich... Noémie 4 mois.

A. II. Père bien portant ; — mère grosses lésions bilatérales.

Contact : constant avec sa mère jusqu'à 4 mois.

A. P. Née à terme, 2^{kg},820.

2 novembre 1931. L'enfant entre à la crèche, 4 mois : 5^{kg},200. Cuti +. Belle enfant.

Radiographie : petit foyer sous-claviculaire droit. Examen clinique négatif.

10 novembre: Voix cassée, 5^{kg},500. Examen de selles : pas de B. K. Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : foyer sous-claviculaire ; — ganglion latéro-trachéal droit probable.

28 décembre. Chute de poids (5^{kg},200) ; — élévation thermique ; — diarrhée verdâtre.

5 janvier. Amélioration.

Radiographie : le foyer s'accroît ; — *infiltration du côté opposé*. Examen clinique négatif.

OBSERVATION XCV

Sur... Jacqueline 6 mois, visite de prophylaxie.

A. H. Père mort de tuberculose pulmonaire en février 1930; — est malade depuis février 1929. (Examen de crachats, présence de B. K.); — mère bien portante.

Contact : avec son père depuis sa naissance (en novembre 1928) jusqu'à 5 mois.

A. P. Née à terme (3^{kg}, 200). Développement normal. Pas de maladie. 15 mai 1929. Première visite au Dispensaire : 6 mois. Enfant en bon état; — poids normal; — ne tousse pas.

Examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer triangulaire à base externe de la partie moyenne du poumon gauche.

3 janvier 1930. Très bon état général.

Radiographie : à la place du foyer petites taches sombres qui en sont le reliquat.

Octobre 1930. Très bon état.

Radiographie : même image.

OBSERVATION XCVI

Séq... Claude 10 ans 1/2, vient au Dispensaire pour toux et fièvre.

A. H. Père bien portant; — mère décédée de tumeur utérine; — belle-mère bacillaire, malade depuis octobre 1930; — 1 frère de 5 ans. Cuti négative en décembre 1931 et positive en mars 1932.

Contact : avec sa belle-mère; — il est resté 2 mois avec elle vers le mois de juillet 1931.

A. P. Né à terme, 4 kilogrammes; — rougeole et varicelle à 7 et 8 ans.

9 décembre 1931. Première visite au Dispensaire 10 ans 1/2.

A la fin d'octobre, l'enfant a été alité avec un état aigu pendant 8 jours; — fièvre élevée; — perte d'appétit. Le médecin appelé a diagnostiqué un foyer gauche (il avait trouvé des râles de ce côté). Ensuite la fièvre a persisté pendant 1 mois. Actuellement enfant pâle, maigre, fébrile. Examen pulmonaire négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer opaque étendu du hile à la paroi dans la partie moyenne du poumon gauche.

16 mars 1932. Depuis janvier, l'enfant n'a plus de fièvre; — appétit revenu; — ne tousse plus.

Examen clinique négatif.

Radiographie : ombre beaucoup moins dense et beaucoup moins large.

OBSERVATION XCVII

Sim... Blanche, 7 ans, visite de prophylaxie.

A. H., parents bien portants; — un demi-frère mort de tuberculose pulmonaire en 1930 à l'âge de 20 ans.

Contact : avec son demi-frère tombé malade en juillet 1930: le contact a été assez intime jusqu'au 1^{er} septembre.

A. P., rougeole, coqueluche à 16 mois et 5 ans, varicelle à 6 ans.

En aout 1930, 6 ans 1/2, l'enfant est examinée à Laënnec où on aurait trouvé une Cuti + et une radiographie normale.

16 février 1931. 1^{re} visite au Dispensaire 7 ans; — enfant en bon état, pas de fièvre; — a eu une bronchite de 15 jours en décembre, mais ne tousse plus.

Examen pulmonaire : râles sibilants disséminés.

Radiographie : Foyer hilaire gauche se prolongeant en coin vers le sommet. Cuti +.

20 mars 1931. Bon état; — râles sibilants persistent.

Radiographie : le foyer est moins opaque.

14 octobre 1931. Se porte bien.

Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : Le foyer est nettement en régression.

OBSERVATION XCVIII

Sou... René, 2 ans, visite de prophylaxie.

A. H., père, tuberculose pulmonaire bilatérale (BK dans les crachats); — mère inconnue.

Contact : avec son père jusqu'à l'âge de 3 mois.

A. P., né à terme (2^{kg},500) BCG. N'a pas eu de maladies.

24 novembre 1930. 1^{re} visite au Dispensaire 2 ans; — enfant en bon état; — n'a jamais été malade; — poids : 12^{kg},500; — ne tousse pas.

Examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : Foyer para-hilaire sous-claviculaire droit.

16 mars 1932. L'enfant se porte très bien.

Radiographie : le foyer a disparu; — il reste seulement une arborisation hilaire un peu chargée.

OBSERVATION XCIX

Stein... Jean, 14 ans, visite de prophylaxie.

A. H., mère, bacillose pulmonaire; — père bien portant.

Contact : avec sa mère, mais intermittent, car l'enfant a été en nourrice jusqu'à 6 ans et ensuite en pension.

29 avril 1931. 1^{re} visite au Dispensaire, 14 ans. Enfant très bien portant; — pas de toux.

Examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : Foyer hilair droit avec taches sombres dont l'aspect fait penser qu'il est en voie de régression.

OBSERVATION C

Séraf... Agavin, 3 ans 1/2, est amené au Dispensaire pour troubles de la marche.

A. H., parents bien portants.

Contact : inconnu.

A. P., né à terme, 2^{kg},600. Bien portant jusqu'à 2 ans, à ce moment abcès dans le dos; — incisé; — suppuration intermittente depuis. Depuis juin 1931 (3 ans) l'enfant refuse de marcher et souffre dans le dos.

1^{er} juillet 1931. 1^{re} visite au Dispensaire. L'examen clinique révèle les signes d'un Mal de Pott; — gomme de la cuisse droite. Cuti +.

Examen pulmonaire : à la fosse sus-épineuse droite; Sub.matité; — abolition du murmure vésiculaire, souffle intense; — quelques râles bulleux.

Radiographie : Ombre épaisse du sommet droit limitée à la partie inférieure par la scissure. Ombre paravertébrale indiquant un abcès d'origine vertébrale.

OBSERVATION CI

Tao... Lucien, 18 mois, est amené au Dispensaire pour toux et fièvre.

A. H., parents bien portants.

Contact : probablement avec une voisine qui tousse beaucoup et a une laryngite chronique.

A. P., né à terme, 3250 grammes; — croissance normale jusqu'en janvier 1930.

Janvier 1930. Éruption scarlatiniforme grave avec broncho-pneumonie; — fièvre élevée pendant 3 semaines; — au décours de la maladie, quintes de toux.

5 mars 1930. 1^{re} visite au Dispensaire, 18 mois. L'enfant a de la fièvre tous les soirs (au dessus de 38); — il pèse 9^{kg},890; — il tousse : toux quinteuse, coqueluchoïde.

Examen pulmonaire : râle à la base droite. Cuti +.

Radiographie : petit foyer hilair droit, adénopathie latéro-trachéale droit.

24 mars 1930. N'a plus de fièvre depuis le 14 mars, a pris 300 grammes en 15 jours. Toux légère, sans quinte.

Examen pulmonaire négatif.

Radioscopie : même image. Part à la campagne.

15 octobre 1930. Enfant en très bon état; — ne tousse plus. Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : le foyer hilaire a disparu; — le ganglion persiste.

10 décembre 1931. *Radiographie* : il reste une calcification à la région hilaire; — il n'y a plus d'adénopathie.

OBSERVATION CII

Tang... Juliette, 10 ans, visite de prophylaxie.

A. H., mère bien portante; — beau-père : tuberculose pulmonaire bilatérale; — tante morte de tuberculose; — 1 frère, 13 ans, Cuti + radiographie normale.

Contact : avec sa tante et avec son beau-père depuis janvier 1931.

A. P., rougeole et oreillons à 7 et 8 ans.

15 juillet 1931. 1^{re} visite au Dispensaire, 10 ans.

Examen clinique négatif. Cuti +.

Radiographie : foyer hilaire droit avec petits nodules calcifiés au milieu de l'ombre.

OBSERVATION CIII

Tronchi... Jean, 11 mois.

A. H., père; tuberculose pulmonaire bilatérale; — mère : bien portante.

Contact : constant avec son père.

A. P., né à terme. 2.650 grammes.

Janvier 1931. Fièvre à 38; — tousse pendant 6 semaines. Cuti + (4 mois).

6 août 1931. L'enfant entre à la crèche, 11 mois. Température normale. Poids : 6.300 grammes.

Radiographie : foyer parahilaire de la partie moyenne du poumon gauche grosse adénopathie latéro-trachéale droite.

10 novembre 1931. Température normale. Poids 7^{kg},500.

Radiographie : foyer en régression persistance de l'adénopathie.

1^{er} décembre. Enfant vif et gai, 7^{kg},900.

Radiographie : le foyer pulmonaire a presque disparu, il reste une ombre supra-cardiaque droite, qui marque peut être une adénopathie persistante.

OBSERVATION CIV

Théob... Odette, 3 mois.

A. H., père : tuberculose pulmonaire (BK dans les crachats); — mère : bien portante; — 1 jumelle, morte d'affection aigue à 3 mois.

Contact : avec son père depuis sa naissance jusqu'à 3 mois, couchait dans sa chambre.

A. P. Née à terme, 2^{kg}, 100.

30 janvier 1931. L'enfant entre à la crèche 3 mois 1/2, poids 3^{kg}, 300. belle enfant. Examen clinique négatif.

10 février. Cuti négative, poids 3^{kg}, 300.

12 février. Intradermo au 1/10^e négative.

21 février. Enfant gaie, vive, mais anorexique, 3^{kg}, 500. Intradermo au 1/10^e donne un résultat douteux.

25 février. Intradermo au 1/2 mmgr positive. (Température à 38 depuis 3 jours).

27 février. Cuti faiblement positive. Température normale, poids : 3^{kg}, 600.

9 mars. Cuti + fortement. Température normale ; — poids 3^{kg}, 350 ; — écoulement nasal sanguinolent.

15 mars. Température normale, poids 3^{kg}, 600.

Radiographie : toute une série de clichés est négative.

24 avril. Enfant se développant mal (4 kilogrammes à 6 mois) ; — anorexique ; — qui tousse un peu ; — auscultation normale.

Radiographie : ombre d'adénopathie latéro-trachéale droite.

7 mai. L'état général décline ; — enfant pâle, triste ; — température instable, irrégulière ; — petite toux sèche ; — examen pulmonaire négatif.

Radiographie : même image.

Juin. Adénite sous-maxillaire droite. Ponction : pneumocoque ; — incision ; — fistule.

7 juillet. La fistule suinte ; — enfant pâle et hypotrophique (4^{kg}, 200) ; — température normale depuis le 15 juin.

Radiographie : petit foyer du lobe moyen du poumon droit.

29 septembre. Enfant pâle, hypotrophique ; — 4^{kg}, 200 ; — mauvais aspect ; — fièvre (jusqu'à 39,5) ; — la fistule persiste.

12 novembre 1931. Teint blafard ; — chute de poids (3^{kg}, 870) ; — température irrégulière ; — dyspnée ; — cyanose.

Examen pulmonaire : souffle inspiratoire ; — retentissement du cri.

Radiographie : à droite, adénopathie latéro-trachéale ; — foyer hilair ; — foyer du lobe moyen ; — à gauche, petit foyer du lobe inférieur.

14 janvier 1932. *Radiographie* : aspect nuageux des ombres pulmonaires qui s'étendent.

26 février. Enfant qui se cachectise (4^{kg}, 900) ; — refuse de manger ; — tousse un peu ; — dyspnée ; — cyanose.

Poumons : râles bulleux en arrière, à gauche et à droite.

Radiographie : ombres floconneuses envahissant les 2 poumons.

Chute des poids ; — fièvre élevée ; — décès.

OBSERVATION CV

Van Nieu... Jacques, 9 mois 1/2, visite de prophylaxie.

A. H., père mort en décembre 1929 de tuberculose pulmonaire ; malade depuis août 1929 ; — mère bien portante.

Contact : avec son père depuis sa naissance (mai 1929) jusqu'à 5 mois (octobre 1929).

A. P. Né à terme, 3^{kg},250 n'a jamais été malade.

5 mars 1930. 1^{re} visite au Dispensaire 9 mois 1/2; — poids 7^{kg},850, tousses un peu. Examen pulmonaire : murmure vésiculaire aboli à la base droite; — gomme tuberculeuse à chaque cuisse. Cuti +.

Radioscopie : gros foyer opaque du lobe inférieur droit; — diaphragme irrégulier.

OBSERVATION CVI

Ville... Robert, 16 mois.

A. H., père mort, n'a jamais vu l'enfant; — mère tousses; — 1 enfant Cuti négative à 4 mois.

Contact : inconnu. Mais l'enfant vit dans de mauvaises conditions d'hygiène. 9 personnes vivent dans 2 pièces.

A. P. Né à terme, 3^{kg},450.

24 juin 1929. 1^{re} visite au Dispensaire 16 mois, poids : 7^{kg},270, tousses beaucoup; matité importante sous la clavicule. Auscultation normale. 2 gommes.

Radiographie : grosse ombre pulmonaire des lobes supérieur et moyen.

OBSERVATION CVII

Vaill. Georgette, 7 mois, visite de prophylaxie.

A. H., père bacillaire; — mère bien portante.

Contact : avec son père jusqu'à 6 mois (juillet 1931).

A. P. Née à terme 3^{kg},400 enfant toujours bien portante.

5 août 1931. 1^{re} visite au Dispensaire 7 mois. Bon aspect de l'enfant. Cuti négative.

28 octobre 1931. Très belle enfant 9 mois. Cuti positive. Examen pulmonaire négatif.

Radiographie : foyer parahilaire droit; — petite ligne de scissurite.

OBSERVATION CVIII

Wolg... Léon, 6 ans 1/2.

A. H., mère bien portante; — père bien portant.

Contact : inconnu.

A. P., Né à terme, 3 kilogrammes, bon développement, 4 ans coqueluche et rougeole.

Mai 1931. L'enfant a 15 jours de fièvre à 39°; on fait le diagnostic de

paratyphoïde sans examen de laboratoire. Depuis l'enfant reste fatigué, pâle, anorexique.

En septembre, apparition d'une petite tumeur douloureuse à la palpation, sur la région parasternale gauche. Cuti +.

20 décembre 1931. 1^{re} visite au Dispensaire, 6 ans 1/2. Enfant pâle et fatigué, petit abcès froid costal tuberculeux.

Radiographie : foyer opaque étendu à droite du hile à la paroi.

15 avril 1932. Enfant en très bon état général, l'abcès froid est fistulisé. 2 gommes sur la cuisse gauche.

Radiographie : le foyer est en voie de calcification.

OBSERVATION CIX

Ai... Jean, 12 ans, est amené pour une visite de prophylaxie. Père bien portant; — mère bien portante.

Contact : de 2 ans avec sa sœur morte de tuberculose en 1929.

A. P. Rougeole en 1926.

Juin 1928. 12 ans. Cuti +; — examen clinique négatif. La radiographie aurait montré une ombre légère.

Novembre 1929. Examen clinique négatif.

Radiographie : petites calcifications.

Mars 1931. État général très bon. Examen clinique négatif.

Radiographie : même image.

OBSERVATION CX

Enfant non tuberculeux.

Cam... Alphonse, 10 ans est amené au Dispensaire pour toux et anorexie, parents bien portants.

A. P., rougeole, coqueluche, scarlatine 1 an auparavant.

27 janvier 1932. L'enfant vient au Dispensaire, il n'a pas de fièvre mais il est anorexique, et il tousse depuis 15 jours. Examen négatif. Cuti négative.

Radiographie : grosse ombre de la région hilare.

29 janvier. Cuti négative. Intradermo négative.

3 février. *Radio* : foyer en voie de disparition.

5 février. *Radioscopie* : on constate seulement à la scopie une ligne à départ hilare à droite ressemblant à une scissurite.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
------------------------	---

I. — LA CONTAMINATION

I. Contact connu.	6
a) Contacts familiaux.	6
b) Contacts extra-familiaux.	6
II. Contact douteux.	7
III. Contact inconnu.	8

II. — INCUBATION

Quelques cas de contact court suivi du début de tuberculose peu de temps après.	9
--	---

III. — LES SYMPTOMES

A. Le début	13
B. Période d'état	19
1° Signes généraux.	21
2° Signes fonctionnels	28
3° Signes physiques	29
4° Les signes radiologiques.	30
Rapport des signes radiologiques et de la lésion anatomique.	32
Rapport des signes radiologiques et des signes cliniques	35
1° Il n'y a jamais eu de signes cliniques.	36
2° Des signes généraux qui ont marqué le début ou la période d'état	36
3° Il y a des signes fonctionnels.	37

IV. — ÉVOLUTION

La régression.	45
Durée d'évolution	46

V. — LOCALISATIONS EXTRA-THORACIQUES

VI. — FORMES CLINIQUES

A. Selon le début.	58
1 ^o Formes à début bruyant.	58
2 ^o Formes à début par érythèmes noueux.	59
3 ^o Formes à début larvé	59
4 ^o Formes à début latent ou passé inaperçu.	59
5 ^o Formes à début court et guérison clinique rapide.	59
B. Selon les symptômes	59
1 ^o Forme latente.	59
2 ^o Forme avec signes généraux.	60
3 ^o Forme avec signes fonctionnels	60
4 ^o Forme avec signes fonctionnels particulièrement intenses.	60
5 ^o Forme avec signes physiques.	60
6 ^o Forme sans signe physique.	60
C. Forme évolutive	61
1 ^o Forme évolutive.	61
2 ^o Forme répressive	61

VII. — DIAGNOSTIC

1 ^o Faits d'ordre familiaux	62
2 ^o Faits d'ordre biologique	62
3 ^o Les signes cliniques.	64
4 ^o Faits d'ordre biologique	65
5 ^o Faits d'ordre bactériologique.	66
Diagnostic différentiel.	66
1 ^o Fièvre typhoïde	66
2 ^o Pneumonie	67
3 ^o Broncho-pneumonie	67
4 ^o Grippe et congestion subaiguë.	67
5 ^o Les végétations adénoïdes	68
6 ^o L'asthme infantile.	68
7 ^o La dilatation bronchique.	69
8 ^o La coqueluche.	69
9 ^o Troubles digestifs	69

VIII. — PRONOSTIC

I. Règle de l'âge	75
II. Règle de la durée du contact.	75
III. Règle de l'intimité du contact et de sa richesse en bacilles	75
IV. Règle de la durée de la période anté-allergique	75

V. Règle de la durée de la survie après cessation de contact	75
--	----

IX. — PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

I. Dépistage	77
II. Prophylaxie	78
III. Traitement	79
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	85
OBSERVATIONS	97
